

富山県における社会福祉の現状と課題

小 松 和 生

目 次

はじめに——福祉の視点——

第1章 生活保護

第1節 生活保護法と行政

第2節 富山県の保護行政

- (1) 保護率と被保護世帯
- (2) 保護費と生活水準
- (3) 結語

第2章 老人福祉

第1節 老人福祉法について

第2節 富山県の老人福祉

- (1) 老人人口と生活状況
- (2) 老人の健康問題
- (3) 医療体制
- (4) 老人の要望について

第3節 老人福祉施設

- (1) 施設の概況
- (2) 老人ホームの実態調査

第3章 障害者（児）の福祉

第1節 障害者（児）の状況

- (1) 身体障害者（児）について
- (2) 精神薄弱者（児）について

第2節 障害者（児）施設の現状と問題点

- (1) 施設の設置状況
- (2) 施設の措置費について
- (3) 施設の実態調査

第3節 富山県障害者（児）行政の対応

第4章 母子福祉と母子保健

第1節 母子福祉

- (1) 母子福祉法について
- (2) 富山県の母子家庭
- (3) 福祉の措置

補論 母子寮の実態調査

第2節 母子保健

- (1) 母子保健法について
- (2) 富山県の母子保健水準

第5章 児童福祉

第1節 児童福祉法について

第2節 保育をめぐる諸問題

第3節 富山県の保育状況

- (1) 児童の生活環境
- (2) 保育所の設置状況
- (3) 保育形態の状況
- (4) 保育料と地方財政負担

むすびにかえて——福祉の要求と運動について——

はじめに —福祉の視点—

「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。国は、すべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」（憲法 25 条）。この条文こそが、われわれの福祉要求と運動の拠所である。そしてまた、法律や行政はこの条文を具体化し実現するためにこそ存在し、努力されねばならないはずのものである。だが現実には福祉を考えると、法律や行政が如何に福祉に対して冷淡なことか、この点こそが住民や生活弱者のつきあたる大きな壁である。

まず第一に、児童福祉法（1947年）・身体障害者福祉法（1949年）・改正生活保護法（1950年）・精神薄弱者福祉法（1960年）・老人福祉法（1963年）・母子福祉法（1964年）等、いわゆる福祉六法に共通してみられる特徴は徹底した権利性の欠如という点である。しかも精薄者や老人等、生産性優先の現代社会にとっての「ボンコツ」者に対しては、六法の成立過程からみてもあとまわしにするという姿勢がみられた。こうした法律や制度のあり方は、そのまま厚生行政や直接出先機関の指導における態度になって表われてきている。

すなわち第二に、それが端的な形となって表現されているのが、国の福祉措置に対する現実離れの低水準性である。老人や障害者施設に対する措置費の現実離れした低さ、保育所に対する保育単価の抑制、生活保護受給者に対する低保護費等をみれば、これらが如何に実態にそぐわない現実離れしたものであるかは明瞭である。福祉施設に対する低措置費は入所者への処遇の悪化と福祉労働者への待遇や労働条件の悪化をもたらしているし、保育単価の低さは保育者および保育児とその父母に対して犠牲や負担を強いている。また生活保護費の低水準性は、すでに「健康で文化的な最低限度の生活」とはおおよそほど遠い生活実態に陥れている。しかもこれらはいずれも冷酷な低所得制限をもって受益者負担原則を貫いているのである。こうした国の措置基準の低さをカバーするために、地方自治体が独自の財源を拠出しようとすると、1つには国から「福祉先取りはまかりならぬ」と威しをかけられるし、また1つには、ただちに自治体の超過負担となって財政圧迫を招致せざるを得ない。われわれ地域住民は、こうした国の低措置基準行政を是非とも転換させるよう自治体とともに共同で働きかけていく必要がある。

第三に、こうした低措置基準をベースにした厚生行政のうしろ向き姿勢は、福祉施設の増設・拡充抑制、安上りのコロニー方式や民間委託方式の採用、生活保護率切下げ指導と監督、保育家庭主義の宣伝と保育所建設抑制、老人医療費有料化への逆流、母子の低保健水準行政等に直線的に連結されている。そして、これを受けた地方の福祉窓口では法律や制度に対しては最少限落度のない

ように行政や指導を推進し、「法律や制度に照らしてやっています。苦情を言われても国や法律の問題、地方の窓口の問題ではない」と逃げるのが常識になっている。この点では、住民の要求と行政の答弁とは平行線をたどり、そこでの多くの論点は相対化してしまっているようである。われわれは当局に「見解の相違」では終らせない運動視点を探究していかなければならない。小論は各個別分析によって、この点についての一つの手がかりをみつけようということに視点がおかれている。

以上のように法律や制度および行政を通してみられる政府＝自民党の福祉に対する冷淡さの根拠をなすものは、言うまでもなく大企業本位の産業優先、地域住民の福祉や生活あともわしという姿勢そのものである。しかも富山県政こそは、この自民党政治を忠実に追従してきた地方盤の典型とも言える。たとえば、1—1表にみられるように1人当り産業基盤と生活基盤とに対する投資額をみると、全国平均ではそれが77.5%対22.5%であるが、富山県ではこれをさらに下まわって、実に90.1%対9.9%という徹底した従属ぶりで、石川県の86.7%対13.1%よりも下まわっている。

1—1表 1人あたり産業基盤投資額と生活基盤投資との比率
(1972年)

	産 業 基 盤	生 活 基 盤
全 国 平 均	77.5%	22.5%
富 山 県	90.1	9.9
石 川 県	86.7	13.1
京 都 府	51.3	48.7
東 京 都	58.6	41.4
大 阪 府	58.4	41.6

これに対して京都府や大阪府、東京都等の革新自治体では、6：4あるいは5：5の割合にとどまっている。ここにも富山県政に代表されるような保守県政と革新自治体との住民に対する姿勢の差が明らかである。

政府＝自民党は、本来、地域住民の福祉や生活、教育や文化、営業を守り、住民の権利の拡充をはかるべき地方自治体を徹底してその支配下におき、独占奉仕の「高度経済」成長政策に従属させてきた。その支配メカニズムは、まず財源配分の非民主的あり方に支柱がある。すなわち収入面で国が7割、地方が3割であるのに対し、支出面では逆に国が3割、地方が7割という関係から、国庫支出金・地方交付税・地方譲与金という名目で国から地方へ下附されるという仕組みになっており、この仕組みを通じて地方を財政的に支配するという点である。「三割自治」たる所以である。しかも国から地方へ渡される財源は、たとえば福祉措置費にみられるように全く実情に合わない低さである。これをカバーしようとするれば、地方は超過負担となって財政逼迫に陥らざるを得ないのである。さらに機関委任事務という本来、国の責任において行なわれるべき事務が地方に強制され、それだけ地方行政における住民サービスを圧迫しているのである。しかも地方自治体の財源を産業優先に使用させ、独占的大企業には特権の減免税で優遇する。富山県政は、こうした大企業本位の自民党政治の優等生であったし、今後もありつづけようとしている。

こうした地方行政の反住民的仕組みと「高度経済」成長政策がもたらしたインフレや不況とに

よって、地方財政がまさに「赤字」化せられるのはあたり前である。その責任を「福祉先取り」行政とか、住民サービスのための自治体労働者の拡充と人件費増額とかに擦りつけるのは、まさしく政府＝自民党の住民に対する逆立ちした論理でしかない。したがって地方財政の危機とは、たんに財政収支の帳尻問題のみに帰される性質のものではなく、老人や障害者、児童や母子家庭に対する待遇や生活条件そのものがきわめて貧しいもの、したがってその要求がきわめて切実なものになっているということにあると言うべきであろう。

「豊かな県民生活を実現するには、工業を中心とする産業の拡大発展を達成することが必要である」とは「第四次富山県勢総合計画」の一節である。富山県の開発行政は、1952年の第1次計画以来、1971年の第4次計画の現在に至るまで、全国に先がけて独占奉仕の行政を推進してきた。その目標は「豊かな県土の実現と県民生活の向上をはかるため」であった。果たして現実はどうであるのか。その帰結の1つには、先きにみた住民の生活基盤に対する徹底した冷淡さであった。また県民の生活向上にとって不可欠の前提である県民1人当たり個人所得をみても、全国平均では83.4万円であるのに対し、富山県は79.5万円で、富山県ほどは開発行政の進んでいない石川県の83.3万円より低い。京都府は90.0万円、東京都は118.8万円、大阪府は106.6万円である（1973年）。

さらには自民党地方政治の典型である富山県政の住民に対する福祉や教育の姿勢を端的に示すものとして、まず県民1人当たり厚生関係投資額の低水準さについてみると、全国平均では1948円であるのに対し、これまた富山県では1643円である。これまで福祉に対して永年の実績をもっている京都府や大阪府、東京都でも2,000円を大きくオーバーしているのである。また1965年から1972年までの厚生関係投資額合計をみても全国平均8,326円であるのに対し、富山県は7,663円と下廻わっている。試みに大阪府は10,087円、東京都は10,656円であった。富山県政の特徴の一つは、福祉に対する冷淡さにあると言わなければならない。

小・中学校生徒1人当たりの教育費についても、1—2表のごとく全国平均の小学校198.2千円、中学校219.7千円に対して、富山県は平均を下廻って小学校195.7千円、中学校215.9千円である。富山県は教育県などという宣伝はどうみてもあたらない。ましてや東京や大阪・京都府等の革新自治体と比較して、まさに格段の差があることは明白である。

1—2表 教育費の小・中学校生徒1人あたり経費（1973年）

	小 学 校	中 学 校
全 国 平 均	千円 198.2	千円 219.7
富 山 県	195.7	215.9
東 京 都	249.0	283.3
大 阪 府	209.3	265.1
京 都 府	244.2	243.8

こうした富山県の反県民的行政は、以下の各章に具体的に分析するが、老人や障害者、生活困窮者、婦人や児童に対して、きわめて冷淡な姿勢を示しており、国政の低厚生行政への追随ぶりは驚

くばかりである。富山県政の下にあって、「豊かな県土の実現」とは、所詮、独占にとっての「実現」であって、その対極におかれた住民や生活弱者は、代表的公害県の中で低生活基盤と低福祉水準によって、自ら「県民生活の向上をはかるため」に生活防衛・要求の運動を推進しなければならなかったし、これからも苦しい闘争を継続していかなければならないであろう。

したがって小論の課題は、まずそのための現状分析を行ない、住民や福祉団体がどのような方向で現状を打開し、住民生活重視の本来の民主的県政を実現していくべきか、そのための一つの素材なり手がかりを提示することにおかれている。

本来、社会福祉論を専門領域としない筆者のまとめたものであるだけに、その課題の重要性からみて、内容上の不備と方法論上の誤ちは不可避であるにちがいない。しかし、小論を、一まず一つの試論として上梓し、大方の叱正を仰いだ上、今後の修正・加筆のための一階梯として位置づけたいと考える。善意ある積極的・建設的批判を仰ぐ次第である。

第1章 生活保護

第1節 生活保護法と行政

生活保護法は公的扶助の中核である。それも1946年の旧生活保護法では、「勤労を怠る者」を排除する等の名目で欠格条項を設けたり、扶養義務の優先主義を採用していた。さらには民生委員を補助機関にする等、かなり多くの問題点を内包していたのである。ところが憲法25条「健康で文化的な最低限度の生活」の水準が維持できなければならないという規定との関係上、1950年に改正され、生存権保障の目的・権利性が明確化されるに至った。つまり、国家の恩恵で保護されるのではなく、保護（扶助）を生存権に立脚した国民の権利として受けることができるものとしたと言える。第1条で国が「生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行ない、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的とする」と明記した。これとともに教育・住宅の扶助を追加した。また保護請求権、不服申立制度を設け、欠格条項を廃止し、民生委員を協力機関に格下げするとともに福祉事務所・社会福祉主事が設置された。

しかし一方では、「公的扶助制度」としての歴史的制約性も存在し、空洞化される余地を与えていたことは否めない。たとえば1条の「自立の助長」の強調、拡大解釈の余地を残しているものをはじめ、4条1項で「その利用し得る資産能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる」として、資産能力活用主義、補足的給付（収入補充）主義を強調しているし、また2項で「民法に定める扶養義務者の扶養及び他の法律に定める扶助はすべてこの法律による保護に優先して行われるものとする」として、扶養義務者の優先主義をとっている。これらは生活保護行政の実際にあたって、拡大解釈され、上意下達による監督と通達、そして現場の指導面・措置面において抑制的機能を発揮し、大いに利用されることとなっている。

ところで生活保護は国の責任に本来帰するものであるが、その施行事務は機関委任事務として地

方自治体に委任されている。したがって、その費用は、①保護費・保護施設事務費・委託事務費が国で8割、地方自治体で2割の負担であり、②保護施設設備費については、国が5割、残りの5割が県主体のとき県で5割、市町村主体のとき県と市町村で各々2割5分ずつ負担する。③人件費・行政事務費については全額地方自治体負担であり、ただ人件費を地方交付税の算定基準として扱い、行政事務費を国庫補助で50%支出しているのである。いずれにせよ、機関委任事務は地方自治体にとって大きな負担である。また、これらの保護費をはじめとする国の措置基準が余り低水準であるため、それをカバーしようとすれば直ちに地方財政への圧迫、超過負担となって住民自身に負担が転嫁されてくるのである。

それにもかかわらず、その上、国は地方自治体の実際の保護行政、すなわち保護の個別的措置・指導・決定等に対して、実施要領（行政通達）や行政監督を通じて強力な統制を加えているのである。就中、扶助費の中で最大を占める医療扶助に対する抑制・圧縮行政の矛盾が、1951年の朝日訴訟として提起されたことは周知の事実である。しかしこの抑制的厚生行政の姿勢は現在に至っても不変であり、それどころか強化されつつあると言っても過言ではあるまい。最近では厚生省は「老人、乳児、身体障害者の医療の枠を独自にひろげたときは補助金をけずる」という不当な通達を出している。わゆる保護「適正化」という名の生活保護への権利攻撃が貫徹される中で、地方自治体とくに保守自治体においては保護率を減少させ、保護対象を非稼働世帯へ集中させて、国の方針に追随している。そうした国の抑制姿勢を忠実にしかも典型的に守っているのが富山県政であると言えよう。

第2節 富山県の保護行政

(1) 保護率と被保護世帯

2-1表は、富山県と全国との被保護世帯・人員・保護率・扶助別人員を比較してみたものである。まず保護率をみると、富山県は全国と比較して常に低率を維持しており、しかも60年以降は10%台を割って、74年には4.7%と全国平均11.4%の半分以下になっていることが判明する。また被保

2-1表 被保護世帯・人員、保護率

	富 山 県					全 国 平 均				
	被保護世帯数		被 保 護 人 員		保護率	被保護世帯数		被 保 護 人 員		保 護 率
	実 数	指数	実 数	指数		実 数	指数	実 数	指数	
年					%					%
1956	6,196	199	16,362	313	16.0	— 千世帯	—	— 千人	—	—
1960	5,571	179	13,355	255	12.9	611	93	1,628	121	17.4
1965	3,537	114	7,287	139	7.1	644	93	1,599	119	16.3
1970	3,117	100	5,236	100	5.1	658	100	1,344	100	13.0
1974	3,057	98	4,932	94	4.7	679	103	1,283	95	11.8

護世帯および人員数ともに60年代から70年代にかけて富山県は急激な減少ぶりである。全国平均では世帯数は、むしろ増加しているのに対し（60年の93から74年の104へ）、富山県では逆に60年の179から74年の98へとほぼ半減しているのである。保護人員でも、全国平均は60年の121から74年の95

という減少であるのに対し、富山県では60年の255から74年の94へとまさしく激減している。富山県が保護「適正化」政策に如何に忠実であるかを典型的に示す第一の指標とすることができよう。

生活保護受給のための手続きについてであるが、その過程にも多くの問題がある。受給のためには、生活困窮者自らが、まず申請することからはじまり、申請受理、実施機関の決定、資産調査、保護の要否判定、種類と程度（生活・教育・住宅・医療その他の7種類で、必要に応じ単給と併給が存在）の決定、そして通知、給付あるいは施設への入所（保護の開始）に至る。この中で、受給手続＝申請主義という問題について、行政側からの困窮者への歩みよりという点が望まれるところである。たとえば老人などでは、生活保護制度そのものの存在すら知らなかったというケースもあり、申請主義に代わる温かみのある保護行政こそがこのようなケースを補充できるからである。

2－2表 保 護 の 開 始（1974年）

申 請 件 数	却 下 件 数	保 護 の 開 始		保 護 の 廃 止	
		世 帯	人 員	世 帯	人 員
855	57	716	1,468	685	1,236

2－2表にみられる却下件数についても、窓口指導面でのあり方に関連して問題のある場合もある。たとえば障害者手帳とその等級認定申請に際して、「精薄者と認定されてもかまいませんか」と念を押されると、その保護者は申請却下を説得されたと考え、自ら却下してしまうこともあるし、またそのようなケースも少からず存在すると言われている。窓口での指導のあり方にはとくに慎重さが要請される場所である。ましてや抑制を目的としているとしたならば、問題はきわめて重大である。ともかく、この点での民主化は不可欠の課題であろう。

次に調査についてであるが、この点では資産・健康状態・扶養義務関係・世帯関係、場合によっては居宅立入りまでおよぶ調査、開始後の定期的調査等が実施される。高令者や障害者等の一定額の現金保有、カラーテレビ・電話等に対する認否、さらにはプライバシー等に関して問題となったが、世論の批判にあって、以上の問題は若干緩和・改善されているとは言え、あくまで「適正化」行政による抑制姿勢は貫徹されている。その一つが、2－1表でみた保護率の高い地域への重点的指導と監督であり、それに基づいた保護率抑制であった。こうした中で、現場のケースワーカーは保護対象者・受給者と当局との板挟みになって苦悩することが多いと言う。

保護「適正化」政策によって生じた現象は、非稼働世帯の増加と稼働低所得世帯の減少であった。これは稼働能力ある世帯に対する「自立助長」の強行な推進と要否判定における低所得常用労働者の排除とに対応している。これによって経済的変動に対応できない高令者・母子・傷病障害者等の増加や非稼働世帯の増加となって、保護対象に変化をもたらした。2－3表は世帯類型別の被保護世帯をみたものであるが、高令者や障害者等の単身世帯は、全国平均の55%に対して富山県では65%と高く、まず保護対象をきびしく限定している状況がうかがれる。また2－4表をみても、被保護世帯中、高令者・障害者等の非稼働世帯は、全国平均で、70年67.3%、73年79.7%であるのに対し、富山県では71年80.2%、74年82.7%といずれも高い。さて、これらの非稼働世帯は全国的に増大傾向にあることが分る。2－3表・2－4表と照応するが、低所得常用労働者の排除で非稼

2-3表 世帯類型別被保護世帯数比率（1974年）

	保護受給 世帯総数	単 身 者 世 帯				2 人 以 上				
		高 令 者	傷病・ 障害者	その他	計	高令者	母 子	傷 病 障害者	その他	計
富山	%	23.5	38.0	3.5	65.0	7.4	6.4	14.7	6.5	35.0
全国	100	—	—	—	55.41	—	—	—	—	44.6

2-4表 被 保 護 世 帯 の 世 帯 類 別

		総 数	高 令 者	母 子	傷 病 障 害 者	そ の 他
富山県	1971年	100%	31.7	7.2	48.5	12.6
	1974	100	30.9	6.4	52.7	10.0
全国平均	1970	100	31.4	10.3	35.9	22.4
	1973	100	34.5	9.4	45.2	10.9

働世帯の増加をみたのが2-5表および2-6表である。ここでの特徴は、第一に非稼働世帯の比率が富山県、全国ともに各々65年から74年にかけて56.5%から81.0%へ（富山県）、52.7%から76.8%へ（全国）増加していることである。その中でも非稼働世帯が全国平均と比較して富山県は常に

2-5表 被保護世帯の労働力類型別構成（1974年）

	総 数	世 帯 主 が 働 い て い る 世 帯					世 帯 員 が 働 い て い る	働 い て い る 者 が い な い
		総 数	常 用	日 雇	内 職	その他		
富山県	100	12.0	3.4	1.3	3.1	4.2	7.0	81.0
全 国	100	16.5	4.3	4.3	2.3	5.6	7.7	75.8

2-6表 稼 働, 非 稼 働 世 帯 別 比 較

	主 稼 働		員 稼 働		非 稼 働	
	富 山 県	全 国	富 山 県	全 国	富 山 県	全 国
1965年	28.5	37.3	15.0	14.0	56.7	52.7
1970	18.3	23.1	10.4	10.6	1.38	66.3
1974	12.0	16.5	7.0	7.7	81.0	75.8

2-7表 保 護 開 始 の 原 因

	総数(富山県)		世帯主 の傷病	世帯員 の傷病	働きによ る収入 減・喪失	働きによ らない 収入減 ・喪失	死亡・ 離別 不在	その他	全 国 開 始 総 数
	実 数	比 率							
1960年	122件	100%	—	—	—	—	—	—	19.027
1965	82	100	—	—	—	—	—	—	19.780
1973	62	100	71.0	16.1	3.2	1.6	3.2	4.9	16.902
1974	58	100	67.2	10.3	5.2	6.9	5.2	5.2	14.438

高率を占め、「適正化」政策が如何により忠実に施行されているかを物語っているかのようである。したがって、これに対応して、2—7表のように保護開始原因も「世帯主の傷病」が70%前後と圧倒的に高く、「働きによる収入減」や「働きによらない収入減」はきわめて少くなっているのである。また保護開始件数が全国の場合、60年から74年にかけて19,027件から14,438件と20%減程度であるのに対して、富山県は122件から58件と実に50%を越える激減ぶりであった。富山県は保護抑制にきわめて積極的行政を推進しているものと考えざるを得ない。

(2) 保護費と生活水準

以上のような保護対象の問題と関連して、次に生活保護（扶助）の種類や基準が問題である。生活扶助には生活・教育・住宅・医療・出産・生業・葬祭の7種類があるが、これと関連して富山県と全国との扶助別人員構成と扶助別保護および1人当たり保護費をみたのが、2—8表、2—9表および2—10表である。

2—8表 扶 助 別 人 員 構 成 比 率

年	富 山 県					全 国				
	医 療	生 活	住 宅	教 育	その他	医 療	生 活	住 宅	教 育	その他
1959	16.9	47.3	17.8	18.0		14.0	47.6	21.5	16.9	
1963	18.0	48.8	18.0	15.2		15.8	46.9	21.9	15.4	
1969	29.4	45.6	15.5	9.2	0.3	24.3	41.8	23.3	10.1	8.1
1973	35.2	43.6	14.2	6.9	0.1	27.1	40.6	23.7	0.5	0.5

2—9表 扶 助 別 保 護 費 の 比 率

年	富 山 県					全 国				
	医 療	教 育	住 宅	生 活	その他	医 療	教 育	住 宅	生 活	その他
1965	67.5	10.4		26.4	—	—	—	—	—	—
1967	68.2	2.0	1.6	26.4	1.8	55.4	2.4	4.2	36.7	1.3
1969	71.5	1.3	1.4	24.0	1.8	57.8	1.9	4.2	34.9	1.2
1973	71.6	0.9	1.3	23.8	2.4	—	—	—	—	—

2—10表 扶助別1人あたり保護費

年	総 額	生 活	住 宅	教 育	医 療
	円	円	円	円	円
1956	2,114	699	79	354	5,139
1960	3,329	1,026	128	436	7,008
1965	7,875	2,508	543	905	13,807
1970	20,774	6,148	1,126	1,568	30,116
1974	48,120	14,037	2,162	3,570	57,478

生活扶助は基準生活費、妊産婦・母子・障害者・高令者等の加算、人工栄養費、入院者の基準生活費（日用品）、その他があり、居宅と収容に大別され、収容では個人的経費と共通経費がある。

保護の方法は居宅が原則とされ、本人の意志に反して強制収容はできない。教育扶助は義務教育に関する教科書、その他学用品、給食その他であり、医療扶助は指定医療機関の診療費・薬剤治療材料の購入費、施術の費用、養護料その他で、これらは現物給付になっている。保護の方法として金銭給付が居宅原則とならんで二大原則になっており、その理由としては特定することによって受給者の権利や消費選択の意志が制限されないようにということにある。したがって医療扶助は指定医療機関および現物給付を採用する唯一の例外ということになる。しかし、2—11表の全国的な生活保護指定機関の動向にみられるように、伝染病院や一般診療所、歯科診療所が保険医療にくらべ著しく低く、この改善は富山県をも含めて今後の課題であろう。また同時に医療扶助の給付にはない差額ベッドについても、現状からみて給付を行なうよう対処すべき点である。

ところで2—9表、2—10表をみると、扶助別の人員構成においても保護費構成においても医療扶助の比率が高い。扶助別人員では、59年で全国平均が14%であるのに対し、富山県は16.9%、73

2—11表 医療機関種別、保険医療機関と生活保護法指定医療機関の割合年次推移(全国、毎年末現在)(%)

	病 院										一般診療所		歯科診療所	
	精 神 病 院		結核療養所		伝 染 病 院		一 般 病 院		總 数					
	保険	生保	保険	生保	保険	生保	保険	生保	保険医療機関	生活保護指定医療機関	保険	生保	保険	生保
1960	99.2	97.6	98.8	88.1	12.1	5.2	98.4	92.0	97.5	91.1	95.7	74.0	98.9	67.6
1961	99.3	97.8	98.9	88.2	15.1	9.4	98.6	92.1	97.8	91.3	95.7	69.1	99.0	66.4
1962	99.5	97.4	99.0	88.4	17.3	13.5	98.8	92.0	98.0	91.4	96.1	71.6	99.1	65.5
1963	98.6	97.1	98.1	89.9	15.4	7.7	98.5	92.8	97.6	92.2	95.5	72.7	99.2	67.5
1964	99.1	98.2	98.4	90.4	10.4	8.3	98.5	93.2	97.7	92.7	95.5	72.2	99.0	66.4
1965	99.2	97.7	97.6	90.3	10.9	10.9	98.5	92.8	97.7	92.4	95.3	71.5	99.0	65.2
1966	99.5	98.0	98.6	90.5	12.2	7.3	98.7	92.8	98.1	92.5	95.1	70.0	99.0	63.4
1967	99.4	97.1	97.2	89.6	10.3	7.7	98.7	92.2	98.1	92.0	95.3	69.5	99.0	61.9
1968	99.4	97.1	98.6	92.7	8.1	5.4	98.8	92.3	98.3	92.3	90.1	—	96.7	—
1969	99.1	97.0	97.9	93.0	13.9	11.1	99.0	92.4	98.4	92.4	95.0	69.2	98.8	59.1
1970	99.0	96.3	99.4	92.5	11.4	5.7	98.8	92.3	98.3	92.2	94.8	69.9	98.5	57.8

年に至っても全国の27%に対して富山県は35%と高い。また保護費の場合でも同じく全国平均の50%台に対して、富山県は常に60%から70%台を示している。後述するように富山県は、低母子保健行政を反映して新生児・乳幼児・妊産婦の死亡率が全国平均を常に上廻り、環境悪化・公害の影響等を反映してか、成人病においてもその多くが全国平均を常に上廻っている点等と関連して、この問題を追求し検討していく必要があろう。殊に生活弱者にとって医療問題は切実なものであるだけに、扶助費中最大を占める医療扶助圧縮をねらう保護行政に対する住民サイドからの監視はまさに不可欠の課題である。50年代に朝日訴訟によって提起された問題は、こうした行政の反動的策動に対する抵抗と阻止であったが、これは最近の老人医療費有料化への逆流に対する民主的阻止斗争にとって、一つの大きな教訓とすべきところであろう。

最後に、生活保護の中で特に重要な問題である保護基準について検討しておこう。2—10表は富山県における扶助別1人あたり保護費をみたものであるが、74年の例では総額で48,120円、生活扶

助のみでは14,037円である。保護費の8割は国庫負担であることはすでに述べたが、この基準そのものがきわめて低率であり、しかもインフレで窮迫化していた一般国民生活水準の20%を下廻るものとして設定されただけに、全国平均ではエンゲル係数70%という低さとなり（1965年）、一般勤労者世帯との格差も大きく開きがでてきたのである。2—12表は生活扶助基準の改定による消費水準と一般世帯との格差を全国平均でみたものであるが、まずこの基準は厚生大臣の一方的裁量で決定される点に問題がある。60年代以降若干の引上げがなされてはいるが、インフレで扶助費は相殺されてしまい、一般世帯との格差はほとんど50%以下である。インフレはまさに生活弱者にとって破滅剤である。たしかに74年に保護基準20%の引上げが実施されたが、補正5%を含み実質15%

2—12表 生活扶助基準の改定と消費支出の格差

	改定次	基準額	改定比	1人当り消費支出	一般世帯との格差
年		円	%	円	%
1953	13	8,000	11.1	2,591	48.1
1957	14	8,850	10.6	2,878	39.7
1959	15	9,346	5.6	3,116	39.1
1960	16	9,621	2.9	3,437	38.0
		(*8,914)			
1961	17	10,344	16.0	4,275	41.5
1962	18	12,213	18.0	4,984	44.5
1963	19	14,289	17.0	5,883	44.3
1964	20	16,147	13.0	6,528	47.1
1965	21	18,084	12.0	7,351	50.2
1966	22	20,662	13.5	8,277	51.7
1967	23	23,451	13.5	9,360	52.0
1968	24	26,500	13.0	10,202	52.7
1969	25	29,945	13.0	11,487	52.9
1970	26	34,137	14.0	12,648	51.3
1971	27	38,916	14.0	14,355	53.2
1972	28	44,364	14.0	15,935	54.2
1973	29		14.0	19,716	57.9
1973.4	29	50,575	14.0		
10		52,796	*5.0		
1974.4	30	60,690	20.0		
6		63,725	*6.0		
10		65,295	*3.2		
1975.4	31	74,952	23.5		
9		76,042	*1.4		

(注) *印は年度当初(各年4月)にたいする改定率

でしかなかった。同年の生活保護基準による最低生活保障の具体例をみると、標準4人世帯1ヶ月保護費は76,730円（1級地）であり、老人1人世帯では26,210円（1級地）、老人2人世帯では40,944円（1級地）でしかない。2—12表にみられる60年代以降の格差は正も、一般勤労世帯の消費水準後退からもたらされた側面も強く含んでおり、基準そのものが低位であることにはいささかも変わるところではない。基準の50%引上げや物価スライド制の導入、さらには夏期手当等の支給は不可避的な状況であると言えよう。

(3) 結 語

以上みてきたように、いずれの部面においても、まず国の保護抑制政策が貫徹されており、これをうけて富山県では、まさにいずれの部面においても、全国平均を一層上廻る抑制的保護行政・指導が貫徹されてきた。保護率の低さ、保護対象の非稼働世帯への限定、扶助構成における医療扶助の高率性と低保健水準等は、富山県における保護行政のきわだった特徴である。そして、これらを包摂する低保護基準は、すでに「健康で文化的」生活とは縁遠い状態に生活弱者をおいこんでいる。国の抑制的枠内においても、地方行政の最大限の努力はなされるべきであるし、またそれを克服していくべきであるが（革新自治体の多くが行なっているように）、富山県はその抑制的枠組みすら、さらに制限しようという、まさに反県民的姿勢である。まず富山県生活保護行政に対するレベルアップの斗争こそが、当面する緊急の課題たらざるを得ないのである。

第2章 老 人 福 祉

第1節 老人福祉法について

1963年に老人福祉法が制定されるまでは、老人福祉に対する法的措置は原則として存在しなかった。だが、この法の制定によって果たして現実には老人は福祉が確約されるものになったか。老人福祉法によると、その目的として「その心身の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ること」にあるとされている。また基本的理念として「老人は、多年にわたり社会の進歩に寄与してきた者として敬愛され、健全で安らかな生活を保障され」ることにある。そのために国や地方自治体に老人福祉増進の責任があり、また福祉事務所には、直接その業務にあたる社会福祉主事が置かれている。

老人に対する福祉措置は、1.健康診査、2.医療費の支給、3.老人ホームへの収容、4.老人家庭奉仕員による世話、その他の事業等であるが、他の福祉諸法とともに権利条項が欠如している点はやはり老人福祉法の一つの特徴であろう。以下、現実の福祉措置と老人生活の実態との懸隔等、問題点を検討し、果たして法に言う「健康で安らかな生活が保障され」ているのかどうかを考察していきたい。

第2節 富山県の老人福祉

(1) 老人人口と生活状況

3-1表は、富山県の老人人口の推移をみたものであるが、総人口に占める割合が戦後30年間にほぼ倍増していること、60才以上および65才以上ともに富山県は全国平均よりも総人口に占める割合が高いこと等を示している。今後、老人人口はさらに増大することが推定されるため、老人の生活・医療・所得保障・福祉等に対する整備・拡充が急務である。

1969年の富山県における統計では、これら老人（60才以上）は、男46.7%、女53.3%であり、世

3-1表 老人人口の推移

	富 山 県					全 国	
	A 総人口	B 65才以上	B / A	C 60才以上	C / A	B / A	C / A
年	千人	千人	%	千人	%	%	%
1945	1,008	53	5.3	81	8.1	4.9	7.7
1965	1,025	69	6.8	109	10.7	5.3	9.7
1970	1,029	83	8.1	128	12.5	7.1	10.7
1975	1,077	102	9.1	153	14.2	7.9	11.6

帯類型では、老人ひとり暮らしが2.8%（2,663人）存在していること、老人と配偶者が6.9%、老人と子供夫婦4.4%、老人と子供夫婦と孫が69.7%、老人と未婚の子供のみ7.3%、老人と孫0.5%、老人とその他8.4%である。老人年令によってこの構成が変化することは言うまでもない。

これら老人の就労状況（無作為抽出による統計、以下断りなき限り同統計による）をみると不就労者は46.1%、就労者は53.9%であり、うち職業別では農林漁業が49.4%、自営業が13.3%、団体役員4.8%、常勤者10.2%、日雇5.0%、家内労働者・内職20.3%となっている。就労の動機では「生活のため」というのが65.6%と圧倒的に高く、「小遣のため」や「健康のため」は10.0%と21.6%とである。これら老人のうち別居老人やひとり暮らし老人は生活や収入の状況に応じて特に深刻である。

就労による収入状況については3-2表に示されるが、月3万円以上は25.4%で、75%近くは3万円以下であり、5千円以下が28.9%も存在している。全国平均でも老人の収入はきわめて低額であるが、富山県は一段と低収入であり、これで老人の生活維持が果たして可能かどうか、殊に別居およびひとり暮らし老人の場合、その深刻度はきわめて高いものと考えられる。男女別の収入状況でも女子の5千円未満は55.8%であり、男子の2万円以上59.5%と全く逆になっている（3-2表）。

3-2表 職業別就労収入状況（1969年）

	富 山 県			全 国
	総 数	男	女	総 数
月間	%	%	%	%
5千円未満	28.9	12.3	55.8	24.5
5千円～1万円	15.4	11.5	21.8	13.9
1万円～2万円	14.7	16.7	11.5	15.9
2万円～3万円	15.6	22.3	4.9	14.1
3万円以上	25.4	37.2	6.0	30.4
計	100.0	100.0	100.0	100.0

こうした老人の就労・収入状況に対して、年金の増額、仕事の斡旋、医療費の全額公費負担とその対象拡大等は、さしあたっての当面する不可欠の課題であろう。さしずめ老人福祉年金を65才から月3万円に改めること、国民年金を60才から月4万円、夫婦では8万円に、厚生・共済の年金で

は月10万円に各々引き上げることが必要であろう。また市町村設置の公園や植物園、緑地等をさらに増設し、その管理労働については優先的に老人を採用するのも一つの案である。

ところで、こうした老人一般の就労状況にあって、特に独居老人についての状況をみると、不就労者が52.3%であり、就労者47.7%のうち農林水産4.6%、自営業10.5%、常勤者9.3%、その他23.3%である。住居別でも自家67.4%であるが、公営住宅5.8%、借家や間借その他が合わせて26.8%存在し、かなり不安定な生活を送っているひとり暮らし老人の多いことが分る。これらひとり暮らし老人のための低家賃の老人アパート建設や市町村センターとの直結の老人電話増設は回避できない問題であろう。

(2) 老人の健康問題

さて、これらの老人の福祉の措置として、第一にあげられているのが健康診査であるが、その実施状況をみたのが3—3表という3—4表である。健康診査は一般診査と精密診査に別けられる

3—3表 老人健康診査（一般診査）の状況

	富 山 県			全 国		
	65才以上人口A 人	受診人員B 人	受診率 $\frac{A}{B}$ %	65才以上人口A 千人	受診人員B 千人	受診率 $\frac{A}{B}$ %
1969年	76,000	24,574	32.3	6,181	1,315	21.2
1970	83,206	25,380	30.5	7,355	1,503	20.4
1971	85,628	28,327	33.0	7,355	1,596	21.6
1972	89,828	30,078	33.4	7,891	1,752	22.2
1973	91,757	31,557	34.4	—	—	—

3—4表 老人健康診査（精密診査）の状況

	富 山 県			全 国			備 考
	対象人員A 人	受診人員B 人	受診率 $\frac{A}{B}$ %	対象人員A 千人	受診人員B 千人	受診率 $\frac{A}{B}$ %	
1969年	4,723	8,361	81.7	474	387	81.6	1973年
1970	8,157	4,973	60.9	577	508	88.0	65～69才
1971	7,636	7,471	97.7	664	597	89.9	人口のみ
1972	9,717	8,801	90.5	701	605	86.3	
1973	11,800	7,255	63.7	—	—	—	

が、その特徴として一般診査では受診率が全国平均の20%台に対して富山の場合30%台と相対的に高い。それだけ健康問題により切実になっていることの反映でもあろう。しかし、全国ともに受診率が低率であることは事実であって、宣伝・普及活動が要請される。費用については一般健診の場合、全額公費負担であって、国と県と市町村とで各々3分1ずつ負担する。ところが精密検査の場合、一部自己負担があり、受診を差控える老人が少くない。3—4表をみると、その受診率は、全国平均では82～90%であるが、富山県の場合、64～98%とかなりの増減がみられる。殊に73年では63.7%と大きく低下している。精密検査の必要性を知りながら、40%近くの老人は医療費その他の

3-5表 男女年令別の健康状態（1969年）

	健 康	病 弱	床につききり
総 数	59.8 %	38.0 %	2.2 %
男	63.9	34.2	1.9
女	56.2	41.4	2.4
60 ～ 64才	67.9	31.5	0.6
65 ～ 69才	59.6	39.3	1.1
70 ～ 74才	53.9	43.5	2.6
75 ～ 79才	49.5	46.2	4.3
80 才 以上	54.9	36.2	8.9

関係から病状を放置せざるを得ない状況にあることを示している。当面の課題としては、精密健診の無料化と対象の拡大、つまり現在の65才対象からせめて60才対象にまで引下げとがあげられよう。これが老人健診徹底化の第一歩であり、併せて老人の予防医学上の対策が講じられるべきであろう。

その必要性を裏づけるものとして、3-5表に示される老人の健康状態があげられる。総数をみると、病弱者38%、床につききりが2.2%、合わせて40.2%の老人が何らかの形で病気がちな生活を送っているということ、また高令者ほどその割合が高くなっていることが分る。こうした老人の有病の中で、3-6表に疾病別状況が示されるが、これによるとリュウマチ・神経痛32.9%で最も高く、高血圧23.8%、心臓病6.9%、脳卒中3.4%その他23.1%となっている。その他の項目には眼疾

3-6表 年令別疾病別状況（1969年）

	リュウマチ・ 神 経 痛	高 血 圧	老 衰	心 臓 病	脳 卒 中	そ の 他
	%	%	%	%	%	%
60 ～ 64才	33.9	29.7	1.0	8.9	3.4	23.1
65 ～ 69才	37.4	24.7	2.2	6.3	3.6	25.8
70 ～ 74才	29.5	22.6	9.4	7.2	5.0	35.8
75 ～ 79才	29.2	19.8	18.1	7.1	4.0	21.8
80 才 以上	27.9	12.1	35.0	4.3	3.6	17.1
総 数	32.9	23.8	8.7	6.9	3.9	23.8

患5.9%、ぜんそく3.0%、事故骨折2.6%、結核とガンが各々1.0%となっている。したがって以上のように有病率高く、老人病といわれるものがその中で多くを占めている状況からみても、一般健診や精密健診の普及とその保障は特に重要な課題になっている。老人病に対する定期的健診体制は現状においてかなり遅れているため、その拡充を急ぐ必要がある。

ねたきり老人の問題についても事態は深刻である。まず3-7表は年令別ねたきり老人数をみたものであるが、高年令層ほどその率が高く、60～64才の11.6%から比率が上昇して、80才台になると32.9%に達していることが分る。こうしたねたきり老人の日常生活の状況をみたのが3-8表であるが、まず食事では全介助・幼児程度の介助合わせて47.2%、排便では、おむつ使用者合わせて41.9

3—7表 年令別ねたきり老人の状況（1969年）

	老人数の比率
60 ～ 64才	11.6 %
65 ～ 69才	16.9
70 ～ 74才	20.4
75 ～ 79才	21.3
80 才 以上	32.9
総 数	100.0

％、入浴では、入浴全介助36.5％、入浴不可能で清拭必要者36.5％という実態である。

こうしたねたきり老人の発生原因についてみたものが3—9表であるが、脳卒中・リュウマチ・

3—8表 ねたきりの生活状況（1969年）

食 事	自分でできる	37.7 %
	副食など細かくすれば自分でできる	15.1
	幼児程度の介助要する	18.4
	全介助	28.8
	総 数	100.0
排 便	昼夜とも自分で便所に行ける	24.9 %
	自分でできるが夜は便器を使う	32.2
	夜はおむつを使む	7.23
	常時おむつを使う	4.7
	総 数	100.0
入 浴	自分でできる	11.5 %
	幼児程度の介助を要する	19.2
	入浴できるが全部介助を要する	32.8
	清拭してもらう	36.5
	総 数	100.0

3—9表 ねたきりの原因（1969年）

疾 病	比 率
脳 卒 中	28.1
老 衰	22.3
リュウマチ・	
神 経 痛	17.6
高 血 圧 病	16.1
事 故 骨 折	3.8
眼 疾 患	3.5
心 臓 疾 患	3.5
そ の 他	5.1
総 数	100.0

3—10表 年令別ねたきり期間の状況（1969年）

	1年未満	1～2年	2～3年	3～4年	4年以上
総 数	20.1%	21.2%	15.8%	10.7%	32.2%
60～64才	17.5	15.7	15.3	10.0	41.5
65～69才	17.6	20.3	14.9	9.8	37.4
70～74才	16.1	19.6	14.4	11.4	38.5
75～79才	22.9	23.1	16.0	11.6	26.4
80才以上	22.6	23.0	17.0	10.4	27.0

神経痛および高血圧の老人疾病率の高い三つの病気が原因として、全体の3分2に近い62.8%を占めていることは注目される。その意味でも老人病予防対策・定期健診体制の拡充は切実な問題であると言えよう。

次に、ねたきり期間については3—10表に示される。これによると、高令者ほどねたきり期間が短いこと、これは主に年令別罹患の種類に起因しているのであろう。3—10表には示していないが、原因別のねたきり期では、眼疾患が最も長期化する傾向があり、次いで脳卒中・リュウマチ・神経痛・高血圧とつづき、老衰は8位となっている。ガンは最も短い。これらをみても老人病に対する予防対策、さしづめ定期健診の確立と普及が如何に必要なことを物語っている。

(3) 医 療 体 制

これまで一般老人・ねたきり老人の健康状態とその問題点をみてきたが、それに対しこれら老人の治療や受診動向はどうかという点を中心に以下考察しておこう。

すでにみたように病弱者・床につききり老人合わせて40%存在していた。そのうち医師に「診てもらっている」者は76.8%であるが、「診てもらっていない」者は23.2%も存在する。3—11表は、これら治療を受けない者の疾病別の理由別状況を示したものであるが、それによると「診せても仕方がない」52%、「費用がかさむ」10%、「診せるのがいやだから」6%、その他32%であった。こうした老人に対して、健康診査と公費負担の拡充をはかることが、最低限、病気に対する消極的態度をなくす上での大前提となるであろう。

1972年に発足した老人医療の公費支給制度（いわゆる無料化）は、対象を70才以上に限定し、しかも所得制限を設けている。またこの制度は医療費のうち保険給付を差引いた自己負担分を公費負担するものであり、あくまで保険制度を前提にしたもので、厳密には無料ではない。一部支給制度で、しかも所得制限がある。この場合、支給部分の費用負担区分は、国が3分2、県と市町村とで各々6分1である。

老人の健康増進をはかりとするのなら、保険制度を前提にせず、そこから切り離して、しかも所得制限を撤廃して文字通り全額公費にすべきである。さらに対象も東京都や京都府、大阪府のように70才から65才まで引下げ、また、鍼や灸、按摩にも老人医療制度を適用していくべきであろう。こうした中で、3—13表に示されるように特別な養護老人を除いて、富山県はあくまで老人医

3-11表 疾病別の医師に診せない理由別状況（1969年）

	総 数	費 用 が か さ む	診せるの が いや だ ら	診せても 仕方 が な い か ら	そ の 他
	%	%	%	%	%
診 ても ら っ て い る	76.8	10.0	6.1	52.0	
診 ても ら っ て い な い	23.2	11.2		44.4	31.9
脳 卒 中	15.3	10.6	8.1	53.7	44.4
リウマチ・神経痛	29.4	18.8	4.2	45.8	27.6
高 血 圧 病	16.3	9.1	9.1	54.5	31.2
心 臓 疾 患	14.7			60.0	27.3
眼 疾 患	20.0		33.3	66.7	40.0
ぜ ん そ く	30.0				
結 核	7.7				100.0
ガ ン	7.7				100.0
事 故、骨 折	30.0	11.1	11.1	55.6	22.2
老 衰	40.2	24.4		58.5	39.1
そ の 他	15.7	10.0	5.0	40.0	45.0

3-12表 老人医療費の支給状況

	国 制 度				県 単 制 度				計				
	受給者	件 数	自 己 負担額	県 費 負担金	受給者	件 数	自 己 負担額	県 費 負担金	受給者	件 数	自 己 負担額	県 費 負担金 (補助金)	受診率
	人	件	千円	千円	人	件	千円	千円	人	件	千円	千円	%
1971年	—	—	—	—	20,219	42,803	106,933	34,192	20,219	42,803	106,933	34,192	63.0
1972	45,159	63,563	162,023	26,997	1,655	156,977	476,554	197,486	46,814	220,540	638,577	224,483	76.4
1973	51,204	531,348	1,824,337	310,730	4,002	50,188	225,760	154,240	55,206	581,536	2,050,097	464,970	87.2

療費支給対象=70才を厳守しているのである。また老人医療費有料化への策動が政府によって絶えず推進されようとしていることは、以上の現状からみて、如何に逆行的な政策かは明白であろう。

さらに付言すれば、現在の医療費支給制にあっても、老人が入院したとき、老人病棟の入院費が高く、したがって基準看護で実施している限り重症老人の多くは入院が現実的に不可能である。つまりねたきりの重症老人ほど排除されているのである。また入院できても、付添料や差額ベッド料を徴収され、結局、3-11表に示したような「診せても仕方がない」・「費用がかさむ」という理由で、病状が悪化するのを自覚しながらあきらめざるを得なくなるのである。

ねたきり老人の場合でも、受診の状況は、「医師にみてもらっていない」が31.5%も存在し、さらに診療拒否率は高率になっている。こうした深刻な現状を前提にしながら、これを黙殺して老人医療費有料化へ戻そうとする策動は断じて許されるべきことではない。

(4) 老人の要望について

3-13表 老人医療費助成制度の推移

制 度 年 月 日	給 付 対 策 者		所 得 制 限		自己負担 の 有 無
	年 令	給 付 要 件	有無	内 容	
1971. 10.1 県 単	75 才 以 上	1. 老令福祉年金受給者 2. 老令福祉年金以外の福祉年金を受けているため老令福祉年金停止者のうち所得制限以下のもの。 3. 生活保護者を除く。	有	国民年金法施行令で定める所得制限基準額以下 本 人 350千円 扶養親族 5 人 1,800千円	1割有り
1972. 4.1 県 単	75 才 以 上 65才～74才	同 上 1. 身体障害者手帳保持者 2. 精神薄弱者 3. 3ヶ月以上のねたきり	有 有	同 上 本 人 380千円 扶養親族 5 人 2,500千円	な し 無 料 化
1973. 1.1 国	70 才 以 上	1. 国保の被保険者 2. 社保の被扶養者	有	老人福祉法施行令で定める所得制限基準額以下	〃
県 単	65才～69才	1972.4.1の65～74才と同じ	有	本 人 380千円 扶養親族 5 人 2,500千円	
1973. 4.1 国	70 才 以 上	同 上	有	同 上	〃
県 単	70 才 以 上 65才～69才	国制度の所得制限をこえるもの 1. 身体障害者手帳保持者 2. 精神薄弱者 3. 3ヶ月以上のねたきり	無	所得制限撤廃	
1973. 7.1 国	70 才 以 上	同 上	有	本 人 430千円 扶養親族 5 人 6,000千円	〃
県 単	70 才 以 上 65才～69才 60才～64才	同 上 同 上 1. 身体障害者手帳1～2級の者 2. IQ 35 以下の精神薄弱者	無	同 上	
1973. 10.1 国	70 才 以 上 65才～69才	同 上 国民年金1～2級程度の廃失の状態の者	有	同 上	〃
県 単	70 才 以 上 65才～69才 60才～64才	同 上	無	同 上	
1974. 5.4 県 単	60才～64才	1. 身体障害者手帳1～2級の者 2. 療育手帳の「A」の者・鑑定医又は精神衛生センターの判定によるおおむねIQ35以下の者	無	同 上	〃
1974. 7.1 国	70 才 以 上 65才～69才	同 上	有	本 人 500千円 扶養親族 5 人 6,885千円	〃

以上のような老人の生活・就労・収入状況・健康・受診状況等から、老人福祉の施策に対して、当然ながら3-14表に示されるような諸々の切実たる要望が出されるに至る。

その特徴の第一は、「医療費の公費負担」を要望するものが多く（1969年時点、公費制度前であ

3-14表 男女別、同別居別、要望状況(1969年)

	身相れる の談相 廻りの 手をし て世話 やく	養護 老人 ホーム への入 所	年金 の増 額	仕 事 のあ っ 旋	老 人 問 題 相	談 所 の 設 置	老 人 向 安 き の 施 設 楽 設 設	医 療 費 負 担 の 他	公 費 負 担 の 他	な い
総 数	3.2%	0.9%	42.5%	2.2%	4.5%	35.9%	49.4%	6.3%	15.9%	
男	3.7	1.1	45.5	2.7	5.9	36.6	50.2	6.4	13.9	
女	2.8	0.8	39.9	1.8	3.4	35.4	48.8	6.2	17.6	
60才～64才	2.9	1.1	39.9	3.4	3.6	35.9	52.5	6.9	15.5	
65才～69才	3.5	1.1	37.4	2.2	5.6	38.4	48.1	5.6	16.7	
70才～74才	3.8	0.7	45.1	1.6	5.5	33.3	46.8	7.3	16.2	
75才～79才	1.5	0.6	53.8	0.3	4.0	36.1	50.8	5.5	16.2	
80才以上	3.8	0.4	51.5	1.3	3.0	32.3	46.4	5.1	12.8	
同 居 し て い	3.2	0.9	43.0	2.1	4.3	36.7	49.0	6.4	22.2	
別 居 し て い	2.3	1.5	40.8	1.4	6.9	29.8	54.2	7.3	16.4	
子 が な い	6.0	1.0	39.0	7.0	6.0	27.0	50.0	10.0	17.0	

(注) 回答に2つ以上の希望を記入するので100%を超えている。

った)、「公費負担」制度が施行された現在においても、この要望の意義は一層重みをもっているということである。次いで「年金の増額」であり、「老人向きの娯楽・慰安施設の建設」とつづいて、この三つの部分に集中している。第二に、同・別居の別でみると、別居者では「医療費の公費

3-15表 老人家庭奉仕員の設置状況

	1968年	1970年	1973年
富 山 市	3人	13人	22人
高 岡 市	2	8	9
新 湊 市	1	2	3
魚 津 市		2	4
氷 見 市		8	4
滑 川 市	1	3	4
黒 部 市		2	3
砺 波 市		2	3
小 矢 部 市	2	3	4
大 沢 野 町		1	2
大 山 町		1	2
舟 橋 村			
上 市 町		2	3
立 山 町	1	2	4
宇 奈 月 町	1	1	1
入 善 町		1	1
朝 日 町		1	1
八 尾 町		2	2
婦 中 町		3	3
山 田 村			

細小	入杉	村		1	2
大	門	町		1	2
下		村			1(1)
大	島	町		1	1
城	端	町		1	2
平		村			1
上	平	村		1	1
利	賀	村		7(7)	1
庄	川	町	1	1	2
井	波	町	1	1	2
井	口	村			1
福	野	町		2	3
福	光	町		1	3
福	岡	町		1	2
合	計		13	70(7)	99(1)

() は非常勤

負担」と「相談所の設置」が多く、同居者では「年金の増額」と「娯楽慰安施設の建設」が多くなっていて、両者の同・別居の性格から、微妙な差がでてきていることである。

こうした老人の要望に対して、国の制度を改善することによって実現するもの以外、自治体独自で解決し、また行政の方から孤独な老人へ歩み寄っていくような施策を講じていくべきであろう。たとえば老人電話を増設するにしても、老人からの必要事みの電話を待っているだけではなく、行政側から定期的に電話するなり、それによって話題を提供する等、温かい配慮が要請される。とくに「子がない」孤独な老人ほど家庭奉仕員の派遣希望が多いと言われている。

そこで老人家庭奉仕員の設置状況をみると、3—15表のごとくである。この奉仕員の増員は、ねたきり老人や独居老人の多い現状やその生活状況からみて不可避の問題であるが、一方では政府＝厚生行政の「施設保護から在宅保護へ」という政策動向の中にあって、市町村の固有事務とされて国の財源的援助がない。そうした中で富山県内には1973年現在で99人の奉仕員が存在しているが、市町村別にみても富山市の22人、高岡市の9人とバラつきがある。また奉仕員の勤務形態も常勤が原則であるが、身分保障等、今後解決されるべき問題を内包しているものと考えられる。

老人が「多年にわたり社会の進歩に寄与してきた者として敬愛され、健全で安らかな生活を保障される」ためには、現状の国の行政、富山県老人行政ともに程遠い段階にあると言えよう。

第3節 老人福祉施設

(1) 施設の概況

健康診査、医療費支給制度に次いで、福祉の措置の第三番目とされるのは、老人ホームへの入所である。その条件として、家族関係の緊張で生活の安定や調和が欠ける老人、また常時介護が必要な老人に対して入所をするよう指導がなされる。

老人福祉施設の種類としては、1. 養護老人ホーム、2. 特別養護老人ホーム、3. 軽費老人ホーム、4. 老人福祉センター、等がある。そのうち1と2の老人ホームは対象を65才以上とし、1について

は「身体上若しくは精神上又は環境上の理由及び経済的理由により居宅において養護を受けることが困難なもの」を収容し、2の老人ホームについては「身体上又は精神上著しい欠陥があるために常時の介護を必要とし、かつ居宅においてこれを受けることが困難なもの」を収容する。3の老人ホーム及び4の老人センターについては一般老人を対象とし、3の老人ホームの対象年齢は60才以上としている。

富山県における老人福祉施設の設立状況については、3—16表のごとくである。その特徴は、1963年の老人福祉法制定とともに各施設の設置がはじまっていること、中でもまず養護ホームから着手さ

3—16表 富山県下の老人福祉施設の状況

	施設名	経営主体	所在地	定員	設立年
養護老人ホーム	県立流杉老人ホーム	富山県	富、流杉210	150人	1963
	市立慈光園	富山市	富、蜷川15	150	1963
	市立長生寮	高岡市	高、若杉596	150	1963
	楽寿荘	一部事務組合	東、井波町井波2200	50	1966
	計			500	
特別養護老人ホーム	県立長生寮	高岡市	高、若杉596	60人	1973
	県立流杉老人ホーム	富山県	富、流杉210	50	1969
	福野町立福寿園	社会福祉法人	東、福野町松原678—1	55	1972
	清風荘	〃	富、水橋島等297	50	1974
	計			215	
軽費老人ホーム	九重荘	社会福祉法人	富、流杉177	50人	1974
	計			50	
老人福祉センター	富山県老人福祉センター	社会福祉法人	富、舟橋南町5—14	80人	1972
	滑川市老人福祉センター寿泉閣	財団法人	滑、上小泉442	190	1970
	小矢部老人福祉センター寿永荘	社会福祉法人	小、蓮沼9—2	100	1972
	福光町老人福祉センター福寿荘	〃	西、福光町綱掛570	120	1972
	富山市老人福祉センター呉羽山福寿荘	〃	富、安養坊	320	1974
	魚津市老人福祉センター百楽荘	〃	魚、上村木町615	295	1974
	立山町老人福祉センター	〃	中、立山町前沢	50	1974
	氷見市老人福祉センター	〃	氷、鞍川867	80	1973
	利賀村社会福祉センター	〃	東、利賀村上百瀬	80	1974
	平村老人福祉センター	平村	東、平村東中江	100	1974
	大沢野町老人福祉センター	大沢野町	上、大沢野町春日	70	1975
	計			1485人	

れ、特養ホームはほとんど70年代以降にもちこされていたこと、また老人福祉センターもすべて70年代以降、とくに74年に集中していること等、施設への対応がきわめて遅れていたことを示している。

養護老人ホームについての現状を付加すると、入所者が楽寿荘を除いて定員を下廻っており、全体で83%程度になっている。「施設保護から居宅保護へ」の政策が一定の影響を与えていることも一つの重要な要因であろう。また、この老人ホームへの入所該当要件として身体上・精神上以外に経済的理由があり、この点再検討を要するところであろう。養護ホームは入所者1人あたり床面積3.3㎡で、居室収容4人以下等もプライバシー等の問題で検討を要する。ここでは寮母1人で入所者20人を担当している。

次いで特養ホームについてであるが、入所者はほぼ満員である。入所要件として経済的理由は必ずしも最低必要条件にならないところに、このホームの特徴がある。ただし両ホームともに資力ある者については費用が徴収される。費用基準については3—17表のごとくである。全費用のうち利用者徴収の残りの費用部分についての負担区分は、市町村立の場合、国が2分1、県と市町村で各々4分1であり、県立の場合、国と県とで各々2分1ずつ負担する。この場合、他の福祉施設と同様

3—17表 養護老人ホームおよび特別養護老人ホームの費用徴収基準（1975年）

世 帯 階 層 区 分			費用徴収 基準月額
A	生活保護法による被保護世帯（単給を含む）		0円
B	A階層を除き前年度分の市町村民税非課税世帯		0
C 1	A階層及びB階層 を除き前年分の所 得税非課税世帯	前年度分の市町村民税所得割非課税世帯（均等割のみ課税）	1,200
C 2		前年度分の市町村民税所得割課税世帯	1,500
D 1	A階層及びB階 層を除き前年分 の所得税課税世 帯であって、そ の税額の年額区 分が次の額であ る世帯	4,800円以下	2,500
D 2		4,801円 — 9,600円	3,000
D 3		9,601 — 16,800	3,500
D 4		16,801 — 24,000	4,200
D 5		24,001 — 32,400	4,900
D 6		32,401 — 42,000	5,600
D 7		42,001 — 92,400	7,800
D 8		92,401 — 120,000	9,500
D 9		120,001 — 156,000	12,000
D 10		156,001 — 198,000	15,000
D 11		198,001 — 287,500	20,000
D 12		287,501 — 397,000	25,000
D 13		397,001 — 929,400	30,000
D 14		929,401円以上	その月に おけるそ の措置者 にかかる 措置費の 支弁額

3—18表 特養ホーム入所の家族および本人の希望状況（1969年）

	家族の希望	本人の希望
特 養 へ 入 所	2.9%	1.6%
自 宅 で 生 活	94.8	97.2
そ の 他	2.3	1.2
総 数	100.0%	100.0%

に、現状は国庫負担金の交付基準が実情に全く合わない程の低額であるため、それを補充しようすると自治体の超過負担となり、また補充なきときは老人の処遇や施設労働者の待遇がきわめて劣悪な状態になるのである。

ここで3—18表に示されるねたきり老人とその家族との特養ホーム入所希望状況をみると、本人および家族の希望ともに「自宅にいたい」が圧倒的で各々97%と94%になっていることである。こうした老人とその家族の老人ホームに対する拒否的反応を、一概に実態を知らないものの考えだとか、誤解からでたデータ結果だとかで片付けてしまうことはできない。こうした老人意識をふまえてホームのあり方を今一度検討していく必要があろう。そこで次に県内の老人ホームの一例として、高岡市立長生寮をとりあげ、その実態調査結果についての考察に移りたい。

(2) 老人ホームの実態調査 ——長生寮について——

長生寮は養護と特養とを併設した高岡市立のホームで、養護の定員150名、特養の定員60名となっている（3—16表参照）。

以下、1976年10月22日実施の実態調査に基づいて若干の問題点を指摘していくことにしたい。点検基準は、1.措置基準で入所者・職員が十分な処遇や待遇がうけられるか、2.医療や健康は現状で大丈夫か、3.健康で文化的な居住性が確保されているか、4.指導や訓練の内容は満足のものか、等である。

まず第一に、職員労働条件についてみると、高岡市職であるため、賃金が国の福祉労働者に対する賃金よりも低い点が問題である。また職員の配置、とくに寮母の労働配置にも検討が必要である。養護ホームは寮母1人につき入所者20人、特養ホームは寮母1人につき入所者5人という基準であるが、長生寮の場合、養護ホーム入所者が133人であるから寮母7人で担当しなければならないし、特養ホーム入所者65人だから13人で担当する必要がある。ところが寮母21人で、現状では特養2班、養護1班に分け、前者をねたきり老人と比較的元気な老人に分けて1ヶ月毎で各班が交替制にしていることである。したがって1ヶ月で1人が25～26人を担当することになり、親身になって個人的な接触等は生れてこないことになってしまう。つまり養護ホームで疲れをとり、特養ホームのねたきり老人担当で頑張る、という労働過程が反復されるのである。

職員の定着度は、平均1年から1年半という短期間であり、しかも高岡市の採用時点では保育所保母として採用される。採用条件の前提が保母であり、採用直後「老人ホームへまわされる」ということで、それを終えると「無事」本来の保育所へ転勤できるという体制をとっている。

第二に、生命や健康、医療の問題についても再検討を要する。施設入所者80名以上には常勤医が義務づけられているが、ここでは近くの医者への嘱託医制をとっている。夜の急病のときなど、看護婦1人が夜勤しているが、その処置にはきわめて困難な点があると言う。緊急時の避難訓練も年2回行なっているが夜の火災のときは、特養ホームの方は、現状ではまず救いようのない状態にあると言える。これらは、いずれも基本的人権、直接生命にかかわる問題であるだけに、措置基準の引上げと県・市の抜本的改善、財政的裏付けによる緊急対策が必要であるが、施設自身においても職員配置、地域住民との関連性を検討して一歩でも改善の方向を見出していくべきであろう。

第三に、日常の生活・居住性の問題であるが、老人の楽しみの重要な一つである食事の費用をみると、1人あたり1日450円である。つまり一食150円ということになる。しかも、その中には間食の菓子や牛乳、果物も含まれ、また誕生会の酒や文化祭の寿司等、特別な分まで含まれているのである。したがって朝食等は副食には味噌汁以外、おかずはほとんどなし、というのが実情のようである。食事の時間も便宜的で、夕食は、職員の時差出勤や帰宅・交替時間の都合に合わせて4時半という早い時間になっている。

居室の問題であるが、養護ホームは8畳に4人収容、特養ホームは一室に6人ベッドという現状では、まずプライベートが守られない。ましてや個人個人の好みに合ったように部屋をつくりかえたり、置物をおいたりするといった家庭的雰囲気にはすることはできず、またそれは禁止されているのが現状のようである。多くの施設において言えることであるが、入所者に対して、権利を主張するのではなく、感謝の念を要求する、そういう状況が根強いようである。当局者には「敬愛され、健全で安らかな生活を保障される」という老人福祉法の趣旨を再認識することが必要である。

第四に、機能訓練について一言しておきたい。確かに機能回復室は存在しているが、その器具はほとんどなく、したがって機能訓練に対する処遇はなきに等しい状態にある。実質を伴わない形式主義の標本のようである。施設関係者もこれに対しては心を痛めているようであるが、やはりここにも財政的欠陥が大きく影響を与えているのである。

3-18表で示したねたきり老人の特養ホーム入所希望が、入所の客観的必要性が充分に存在しているにもかかわらず、「自宅にいたい」つまりホームには入所したくないが97%という高率を示している点を再認識して、緊急に施設内容を改善していくことは不可避であることを強調しておきたい。

第3章 障害者(児)の福祉

第1節 障害者(児)の状況

(1) 身体障害者(児)について

1949年に制定された身体障害者福祉法は、国や地方自治体の責任として、身体障害者（以下、身障者と略す）の更生援助、更生に必要な保護を通じて身障者の生活の安定に寄与する等の福祉増進を図るべきことがあげられている。この場合、身障者の要件としては、18才以上で県知事から身障者手帳の交付を受けた者とされる。

4-1表は、富山県の身障者数の推移を全国と対比してみたものであるが、その特徴は、まず1970年を指数100とした場合、全国・富山県ともに50年代より一貫して増加をたどっていること、とくに60年代後半の超「高度経済」成長期に急増していることが第一にあげられる。その中でも富山県の急増ぶりは全国にくらべ顕著であった。第二に、人口千人比においても富山県は常に全国平均よりも高く、73年に至ると全国が17人弱であるのに対して富山県は23人となって、その格差を拡大していた。富山県は、身障者化しやすい危険な生活環境の地域であると言える。

こうした18才以上、手帳交付される身障者の程度と範囲については、4—2表のごとくであるが、これによって基準以下の障害者は認定されず、それも72年の一部改正で、心臓、じん臓または呼吸器障害がやっと認定されたにすぎない。したがって、これ以外の内部障害者を排除する等、障害そのものに限定して社会生活上のハンディを認めようとしないのである。

身障者の障害等級別および増減率については、4—3表と4—4表に示されている。障害別では肢体不自由者が常に60%前後を占め、その増加率もやはり60年代から70年代にかけて急増していること、また4—4表から、総数では1級と2級合わせて24%とほぼ4人に1人は重度者であるこ

4—1表 身体障害者数の推移

	富 山 県			全 国		
	実 数 (A)	指 数	A/1000人	実 数 (B)	指 数	B/1000人
年	人		人	人		人
1958	10,226	53	9.9	645,473	40	7.1
1960	12,144	63	11.8	891,154	55	9.6
1966	14,743	77	14.4	1,289,502	80	13.2
1970	19,262	100	18.7	1,620,362	100	15.6
1973	24,071	125	22.8	1,797,993	111	16.8

4—2表 手帳交付の身障者の程度と範囲

- (1) つぎにかかざる視覚障害で永続するもの
 - (イ) 両眼の視力がそれぞれ0.1以下のもの
 - (ロ) 一眼の視力が0.02以下、他眼の視力が0.6以下のもの
 - (ハ) 両眼の視野がそれぞれ10度以内のもの
 - (ニ) 両眼による視野の二分の一以上が欠けているもの
- (2) つぎにかかざる聴覚または平衡機能の障害で永続するもの
 - (イ) 両耳の聴力損失がそれぞれ60デシベル以上のもの
 - (ロ) 一耳の聴力損失が40デシベル以上のもの
 - (ハ) 両耳による普通話声の最良の語音明瞭度が50%以下のもの
 - (ニ) 平衡機能のいちじるしい障害
- (3) つぎにかかざる音声機能または言語機能の障害
 - (イ) 音声機能または言語機能のそう失
 - (ロ) 音声機能または言語機能のいちじるしい障害で永続するもの
- (4) つぎにかかざる肢体不自由
 - (イ) 上肢、一下肢または体幹の機能のいちじるしい障害で永続するもの
 - (ロ) 一上肢のおや指を指骨間関節以上で欠くものまたはひとさし指を含めて一上肢の二指以上をそれぞれ第一指骨間関節以上で欠くもの
 - (ハ) 一下肢をリスフラン関節以上で欠くもの
 - (ニ) 両下肢のすべてのゆびを欠くもの
 - (ホ) 一上肢のおや指の機能のいちじるしい障害またはひとさし指を含めて一上肢の三指以上の機能のいちじるしい障害で永続するもの
 - (ロ) 前各号にかかざるもののほか、その程度が前各号にかかざる障害の程度以上であるとみとめられる障害
- (5) 心臓、じん臓または呼吸器の機能の障害で永続し、かつ、日常生活がいちじるしい制限を受ける程度であるとみとめられるもの

4-3表 障害別身体障害者の割合

	総 数		視 覚 障 害		聴 覚 障 害		肢 体 不 自 由		内 部 障 害	
	実 数	比率	実 数	比率	実 数	比率	実 数	比率	実 数	比率
1966年	14,743	100	2,220	15	2,799	19	8,509	58	1,215	8
1970	19,262	100	2,712	14	4,004	21	12,446	65	100	1
1973	24,071	100	3,288	14	5,680	24	14,742	61	361	1

4-4表 障害等級別身体障害者(児)数 ((者)は1973年(児)は1974年)

等 級	総 数		視 覚 障 害		聴 覚 障 害		肢 体 不 自 由		内 部 障 害	
	実 数	比率	実 数	比率	実 数	比率	実 数	比率	実 数	比率
身 体 障 害 者	1 級	2,069	9	1,033	31	—	901	6	135	37
	2 “	3,690	15	600	18	1,288	23	1,802	—	—
	3 “	3,873	16	316	9	903	16	2,518	136	38
	4 “	5,112	21	325	10	1,068	19	3,629	90	25
	5 “	4,943	21	384	12	51	1	4,508	—	—
	6 “	4,384	18	630	19	2,370	41	1,384	—	—
	計	24,071	100	3,288	100	5,680	100	14,742	361	100
身 体 障 害 児 (18才未満)	1 “	205	19	27	35	—	171	24	7	37
	2 “	282	26	9	12	129	56	144	—	—
	3 “	199	18	8	10	57	25	127	7	37
	4 “	192	17	8	10	60	26	119	6	26
	5 “	118	11	15	19	5	2	98	—	—
	6 “	90	8	11	14	32	14	47	—	—
	計	1,086	100	78	100	229	100	706	19	100
		100		7.2		26.1		65.0		1.7

4-4別表 盲・ろう学校生徒数(1971年)

	小 学 校	中 学 校	計
盲 学 校	10	13	23
ろ う 学 校	66	34	100
計	76	47	123

と、障害別では視覚障害者のほぼ半数が1・2級であり、肢体不自由者では1～6級の幅が大きく、治療その他の対策が画一的な方策でなく多面的方策を要することを示している。また内障者では37%の重度者が存在しており、今日や明日の生命にかかわるきわめて深刻な問題を提起しているのである。

ところが身障者福祉法の目的があくまで更生中心におかれ、そのため軽度が中心になっており、これまで重度者は除外されてきた。たしかに67年の一部改正で重度対策がとり上げられはしかたが、行政の重度軽視の基本姿勢はいまだ変わっていないと言ってもよい。重度の実質的対策が実施され、重度者の福祉がレベルアップされるところに、中・軽度者の福祉水準もまたレベルアップするであろうことを銘記して、われわれは運動の方向を設定していかなければならないであろう。

ここで身障児について若干付言しておきたい。身障児（18才以下）は、1947年制定の児童福祉法の対象であるが、身障者福祉と相関連する点は当然ながらきわめて多い。74年の障害等級別の身障児について4—4表よりみると、まず第一に、肢体不自由児の比率が身障者と同じくきわめて高いこと、しかも1・2級の重度児が合わせて44%を占めており、とくに深刻である。全体をみても、1・2級の重度児は45%であり、したがって、これら重度児を中心に就学免除や猶予者がかなり存在するであろうことが考えられる。事実、1971年では、身障児だけでも不就学児は51名（うち免除児41名、猶予児10名）存在し、権利としての発達保障という観点からみて、きわめて大きな教育上の問題を投げかけている。また4—4別表のように、盲学校小・中学校合わせて在校生23人、ろう学校合わせて100人であるが、6～15才の視覚障害児は32名、聴覚・音声言語障害児は178名で、いずれも盲・ろう学校在校生よりも多い。

こうした諸々の障害をもち、しかも重度の障害をもつ児童に対して、それにふさわしい学校や学級、また通園の施設をさらに一層多くの地域にバランスをとって増設していく必要がある。

次に身障者の発生原因について検討する。原因別では、4—5表に示されるように先天性と後天性に分けると、富山県の特徴として、先天性が全国の9%に対して富山県は22%と著しく高いということが分る。先天性の原因内容でも分る通り、薬公害をはじめ環境悪化、保健衛生の立ち遅れ、殊に母子保健水準の低さ等に大きく関連した問題であると推定され、この面での抜本的対策が講じられる必要がある。第5章で詳述するが、富山県は新生児や乳幼児、妊産婦の死亡率がきわめて高く、また成人の死亡疾患でも、第1位の脳卒中では、人口10万人比で全国平均167人に対し富山県は198人、以下同じく、がんは全国120人に対し富山県144人、心臓病は全国81人に対し富山県90人、事故死は全国の40人に対し富山県54人等と、ほとんどのマイナス的データは富山県が上まわっている。また、精神薄弱者(児)の障害発生原因においても、先天性が全国平均よりも圧倒的に高いという点も、これらと関連した問題であろう。こうした障害者を生み出すような社会的・経済的構造を一大転換させることと同時に、保健衛生行政をはじめとした予防対策が強く要請されるところである。

4—5表 障害原因別身障者数（1970年）

	後 天 性 (戦傷、労災、交通 事故、疾病その他)		先 天 性 (脳性麻痺せき髄性麻 痺先天性奇形骨関節 炎伝染性眼疾)		不 明		計	
	実 数	比 率	実 数	比 率	実 数	比 率	実 数	比 率
富 山 県	12,932 千人	73%	3,845 千人	22%	852 千人	5%	17,629 千人	100%
全 国	1,090	83	113	9	111	8	1,314	100

4-6表 県内特定疾患の実態

疾 病 名	現 在 患 者 数			調査による把握数	
	患 者 数	男	女	患 者 数	内 死 者
ス モ ン	91	27	64	91	
ベ ー チ エ ツ ト	161	79	82	161	
全 身 性 エ リ テ マ ト ー デ ス	74	4	70	77	3
重 症 筋 無 力 症	22	7	15	25	3
多 発 性 硬 化 症	15	6	9	16	1
再 生 不 良 性 貧 血	30	13	17	37	7
サ ル コ イ ド ー シ ス	20	4	16		
進 行 性 筋 ジ ス ト ロ フ イ	23	9	14	25	2
パ ー キ ン ソ ン 症 候 群	184	81	103	187	3
慢 性 腎 不 全	176	102	74	180	4
ネ フ ロ ー ゼ	149	87	62	175	26
尋 常 性 及 び 類 天 疱 瘡	12	7	4	14	2
劇 症 肝 炎					
計	957	426	531	1008	51

※ この調査は、県内800余の病、医院を対象に、1971年9月1日から1972年8月31日までの1年間に診察を受けた数をまとめたものである。

その他、パーチェットは1971年1月1日から8月31日までに把握した患者数を、スモンは従来把握していた患者数を加え整理したもので、1972年10月15日現在数としたものである。

4-7表 更生医療の給付状況

	総 数				入 院				入 院 外			
	実人員	公 費	本 負 担 人 額	社会保険 負 担 額	実人員	公 費	本 負 担 人 額	社会保険 負 担 額	実人員	公 費	本 負 担 人 額	社会保険 負 担 額
年人	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
1969 21	1,890,743	97,587	2,149,014	12	1,602,364	77,537	1,745,923	9	288,379	20,050	403,091	
1970 46	3,832,178	113,634	4,478,287	40	3,789,791	107,961	4,442,593	6	42,387	5,673	35,694	
1917 29	1,709,781	184,780	2,989,661	22	1,478,457	50,464	2,667,309	7	231,324	34,316	322,352	
1972 34	6,698,262	155,144	11,881,392	23	5,619,008	126,725	10,098,522	11	1,079,254	28,419	1,782,870	
1973 66	25,125,788	487,020	55,230,404	61	23,135,458	472,620	54,129,134	5	1,990,330	14,400	1,101,270	

これと関連して特定疾患（いわゆる難病）についての対策が望まれる。4-6表は、富山県医師会その他による特定疾患の実態調査結果であるが、スモン、パーチェット等、その他原因不明の難病を含めて、その治療研究事業の拡大強化を前提とし、患者に対する適正な医療や生活の保障等、県独自の対策を一層強化していくべきであろう。これらの対策は、現在のところ研究費として医療機関に給付されているだけにとどまっており、「難病」長期病患者の医療費公費負担等を拡充していく必要がある。また公立病院に、たとえば人工腎臓透析施設を増設して夜間透析を実施すること等、きめ細い対策は緊急を要している。

さて、以上みてきたようなすべての身障者に対する更生援護措置として、第一にあげられる更生医療の問題であるが、現在のところ理学療養士（PT）や作業療養士（OT）による機能訓練や作業療法が行われている。この場合、費用は4-7表からも分る通り、被保護世帯は無料であるが、負

4-8表 補装具の交付・修理と費用負担区分

区 分	1969年				1970年				1971年				1972年				1973年			
	件数	金 額	本 負 担 額	人 額	件数	金 額	本 負 担 額	人 額	件数	金 額	本 負 担 額	人 額	件数	金 額	本 負 担 額	人 額	件数	金 額	本 負 担 額	人 額
補聴器	交付	478	4,542,920	円	607	6,118,325	円	619,375	664	7,412,690	円	725,810	710	9,042,005	円	1,219,835	860	12,314,945	円	1,140,235
	修理	54	64,470		66	85,145		39,105	75	106,250		38,350	81	114,030		55,300	112	267,050		91,090
義 肢	交付	136	3,253,295		138	4,646,730		108,190	132	4,387,230		130,700	173	6,047,575		324,475	151	7,202,750		186,900
	修理	110	730,577		103	645,180		49,630	103	906,645		87,125	111	1,030,195		106,085	105	1,178,980		114,800
装 具	交付	64	1,006,720		57	1,033,780		49,870	77	1,326,980		47,450	67	1,343,410		87,500	75	1,874,370		68,960
	修理	14	74,875		12	62,620		8,900	12	73,840		10,450	20	136,130		19,965	22	112,530		12,950
車椅子	交付	44	1,778,250		44	2,001,240		27,670	71	3,137,110		58,650	101	4,829,845		92,025	92	4,794,600		125,950
	修理	7	36,615		9	51,440		3,650	5	22,620		8,000	11	101,140		8,400	24	164,095		11,375
その他	交付	118	213,945		142	409,930		46,940	160	444,295		69,735	270	631,850		125,050	235	889,390		130,000
	修理	3	1,320		2	2,570		—	6	3,760		750	4	3,440		600	11	19,415		2,475
総 計	交付	840	10,777,130		988	14,210,005		852,045	1,104	16,708,305		1,032,345	1,321	21,894,685		1,848,885	1,413	27,076,055		1,952,045
	修理	188	907,857		192	846,955		101,285	201	1,113,115		144,675	227	1,384,935		190,350	274	1,742,070		232,690
	計比	1,028	11,648,987		1,180	15,056,960		953,330	1,305	17,821,420		1,177,020	1,548	23,279,620		2,039,235	1,687	28,818,125		2,184,735
	率		100	—		100	6.3			100	6.6			100	8.8			100	7.6	
1969年 度を100 とした指数 (件数)	100.0				114.8				126.9				150.6				164.1			

担能力ある者や扶養者のある者は、一部負担あるいは全部負担となり、受益者負担の原則が貫かれている。したがって、給付状況では、公費負担に対して本人および保険負担の割合が大きい。障害発生原因やその結果としての障害者の生活実態からみて、さらに一層公費負担を増額していくべきであろう。

身障児は児童福祉法をふまえて育成医療の対象になっているが、この場合も所得制限による本人負担があり、公費負担の割合を狭めている。とくに先天性心臓病や内臓疾患等は外科手術の病院が少いこと、また手術を受けることができて莫大な費用がかかること（健保の場合、高額医療費支度がなされるが）、しかも、この場合、大量に必要とする輸血（鮮血）は個人で用意しなければならないこと等、現状では余りに個人・患者に負担がかかりすぎている。

4—8表に示される補装具の交付や修理に対しても受益者負担の原則が貫かれている。

ところで、こうした身障者の所得保障（年金）や職業の保障については身障者福祉法では全くノータッチであり、一般年金制度や身障者雇用制度でカバーされているにすぎない。

4—9表 身体障害者の就労状況（1970年）

	総 数	就 業 者	不 就 業 者	就 業 率	
				身 障 者	一 般
富 山 県	17,632 ^人	9,296 ^人	8,336 ^人	52.7 [%]	
全 国	1,314 ^{千人}	579 ^{千人}	735 ^{千人}	44.1	68.8

身障者の就業状況をみたのが4—9表であるが、それによると身障者の就業率は52.7%であり、全国平均44.1%を上回っている。富山県の生活保護率の低さとも関連連していると考えられるが、一方では、46.3% 8千人以上の人々が不就業の状態におかれ、不安定な生活を送っていることが分る。たしかに身障者雇用促進法が1960年に制定されたが、これも強制法でないため効果はきわめて弱いと言わざるを得ない。この促進法における雇用主への身障者雇用義務率は、1970年時点で、国・地方自治体1.7%、三公社五現業と地方公営企業1.6%、特殊法人1.6%、民間企業1.3%であり、特定職種（あんま、指圧師等）は重度者視力0.08以下10分の7とされている。しかし問題点として、まず強制力なきため守られないこと、またわが国は外国と比較して雇用率そのものがきわめて低いこと等がある。1974年10月現在、富山県では、雇用率の適用される516事業所のうち、392（76%）が達成しているにとどまる。雇用率を充実させる一方、職業保障をはじめ所得・医療保障等を一層拡充していくことの必要性を現状は示しているものと言えよう。

身障者援護措置に関する更生指導や医療・生活・職業等の各種相談であるが 富山県では、その相談員として1966年に120人存在し、国庫補助なく県単独事業であった。1969年には県単120人に国庫補助47人付加されて計167人になったが、1973年には国庫補助191人のみで県単は0となっている。県単を継続し、さらに増員していく姿勢をとるべきであろう。

身障者相談員や市町村主体の家庭奉仕員の数は、4—1・3・4表でみた身障者（児）数、とくに1・2級の重度者（児）や「難病」患者数に比して、僅少である。施設の福祉労働者の定員増・待遇改善とともに、これら相談員やホームヘルパーの拡充が必要であり、県単を復活させて増員すべき

であろう。ホームヘルパーは、1969年では4人、74年に至っても12人のみである。桁違いの数十倍増は不可避である。

以上の医療や教育・生活・労働等の問題に加えて、身障者の社会生活上の十分な配慮が行届いたものにならなくてはならない。この点で都市計画や街づくり等はきわめて慎重を要する。たとえば県内の公共施設をはじめ、舗道や商店街、映画館等の諸部面が、身障者も不自由なく利用できる構造に改善されていくべきであろうし、またバスやタクシー、国鉄等の乗物についても社会生活上のハンディをなくすよう配慮される必要がある。身障者が住みよい県であり市であってこそ、すべての人はより住みよい県や市になるのであって、身障者ミニマムのレベルアップこそ、シビルミニマムそのもののレベルアップにつながるものと言うべきであろう。

(2) 精神薄弱者(児)について

精神薄弱者福祉法（以下精薄者と略す）は、身障者福祉法より大きく遅れて、1960年にやっと制定された。最も援助と費用のかかる精薄者は、人間尊重というよりも経済的効果という点から、老人とともにあとまわにされてきたといっても過言でない。しかも現行の精薄者(児)の対策さえ、救貧的・恩恵的視点が貫かれている点は否めないのである。

さて同法によると、対象は18才以上（18才未満精薄児は児童福祉法）で、更生が前提にされずに保護される。しかし経済的規定や権利規定が欠如しており、この点から施策・行政措置の側面で大きなハンディを背負わされざるを得ない。その一例として、施設の収容力が入所必要者よりも大きく下回っていること、また施設労働者が過重労働となっていること等に集中的に表われている。国庫負担の増額と県の単独事業の推進とがまず第一次的に要請されるところである。ところが、富山県の場合、現在富山県障害施設建設の「基本設計報告書」をみても、精薄者(児)に対する位置づけは全くない。一定の生産力をもつ身障者優先、精薄者軽視の姿勢は国の厚生行政とともに富山県政にも貫徹されているのである。施設についての検討と分析は第2節以下で行われよう。

さて、富山県における精薄者(児)の状況については4—10表に示される。これによると、全体で18才未満児の割合が64%を占めていること、ところが重度では、「者」の割合が26%であるのに対し、「児」の割合は12%であり、「児」の間に放置されると、やがて軽度が中度化し、中度が重度化する可能性を示していること等である。したがって、軽度が「者」では36%であるのに対して「児」では74%である点からみて、乳幼児期からの精薄児対策が充実されるべきであることを示しているものと言えよう。また、いずれにせよ現状の「者」「児」を含めた800名近い精薄重度の対策が最も陽のあたらないところである。

4—10表 等級別精神薄弱者(児)数（1971年）

	軽 度		中 度		重 度		総 数		比 率
	実 数	比 率	実 数	比 率	実 数	比 率	実 数	比 率	
18才未満	2,227	74	418	14	348	12	2,993	100	64
18才以上	626	36	648	38	443	26	1,717	100	36
合 計	2,853	60	1,066	23	791	17	4,710	100	100

4—11表 精神薄弱者（児）障害原因別の構成（1971年）

原因	先天性						後天性						不明	合計
	遺伝性	早期胎内性	晚期胎内性	不明先天性	出生時性	小計	新生児期	乳児期	幼児期	児童期	小計			
構成比	% 8.5	% 2.3	% 2.1	% 26.5	% 9.9	% 49.3	% 7.4	% 12.2	% 13.0	% 32.6	% 18.1	% 100.0		

4—12表 不就学児の年令別・理由別状況

	就学免除者							就学猶予者							総 数
	小 計	年 令 別		理 由 別				小 計	年 令 別		理 由 別				
		6 ～ 11 才	12 ～ 14 才	精神 薄弱	肢体 不自由	虚弱 (病弱)	その他		6 ～ 11 才	12 ～ 14 才	精神 薄弱	肢体 不自由	虚弱 (病弱)	その他	
1960年	189	123	66	92	47	21	29	128	121	7	41	24	43	20	317
1965	132	83	49	67	42	18	5	101	86	15	37	24	34	6	233
1970	121	89	22	45	43	19	14	72	71	1	31	14	19	8	193
1971	130	95	35	63	41	19	7	70	64	6	42	10	11	7	200
1972	97	69	28	58	27	6	6	74	65	9	44	19	7	4	171
1973	103	80	23	61	34	2	6	100	75	25	65	16	13	6	203

こうした精薄者（児）の障害発生原因別の構成をみたのが4—11表であるが、その特徴は、まず先天性49.3%、後天性32.6%と、先きにみた身障者の原因以上に先天性が高いことである。その先天性の内容をみても分るように、胎内性や出生時性、不明先天性含め38.5%になっている。母子保健衛生をはじめとする予防医学上の対策が切実な問題となっていることを示しているものと言えよう。

さて18才未満の精薄児総数2,993人の問題であるが 1973年現在で後述するように県内更生収容施設・通園施設等の定員合計360人のみであり、これでは重度児のみでも不足することになる。残りの2600人余は、「特殊」学級（本来は障害児学級）か養護学校（身障児も含めて合計374人で、精薄児は現状ではほとんど入学不可能）か、それとも義務教育学令期以上の在宅児を含め、学令期児童の在宅放置かのいずれかの状態におかれているはずである。その中で「特殊」学級の現状は、多くが「勉強のできない子」の促進学級化されていて精薄児は排除され、在宅のまま放置同然の状態におかれていると言ってよい。しかも、その中には重度児がとくに多いと思われる。

そこで就学免除・猶予という形式をとった在宅放置児＝不就学児を4—12表よりみておくと、第一に、不就学児のうち精薄児の割合が最も高く、次いで肢体不自由児の多いことが分る。第二に、たしかに60年の317人から70年に向って193人と減少してきたが、70年代に入って再び増加しつつあることである。第三に、79年度養護学校義務制が施行せられるが、これに向けて、単に在宅訪問という形で義務制を形がい化させてはならないこと、養護学校を呉西・呉東の両地区にバランスをと

って数校を設置させるとともに、現状の「特殊」学級を実質的な障害児学級に切替えさせていくこと等、これまでの富山県の障害児教育行政の動きからみて強力な措置が講じられなければならないことを示している。

4—13表は 以上のような精薄児をはじめ肢体不自由児や虚弱児をも含めたすべての不就学児についての富山県の動向と、東京都や京都府、大阪府の革新自治体の動向とを比較したものである。

4—13表 不 就 学 児 の 推 移 と 比 較

	(A) 1969年	(B) 1974年	B/A
東京都	2,014人	1,201人	59.6人
京都府	324	109	33.6
大阪府	844	400	47.4
	(A) 1970年	(B) 1973年	B/A
富山県	193人	203人	105.2%

4—14表 心身障害者（児）福祉年金・諸手当

	実施主体	金 額（月額）		対 象	所得制限	備 考
		現 行	1975.10 から			
特別児童扶養手当 1級	国	11,310円	18,000円	20歳以下、在宅の重症心身障害児	有	新設 福祉手当の 創設により 統合 障害福祉年金・特別児童扶養手当と併合
〃 2級	国	0	12,000円	20歳以下	有	
特別福祉手当	国	3,000	0	重度心身障害をもつ特別障害者	有	
福祉手当	国	0	4,000	重度心身障害児者（いずれも1級者）	有	
障害福祉年金 1級	国	11,300	18,000	国民年金法の障害1級20歳以上	有	
〃 2級	国	7,500	12,000	〃 2級 〃	有	無がほとんど、有が数カ所 無（加入資格制限あり） 保護者の死亡・廃疾により支給
重症心身障害者（児）手当	東京都	20,000	20,000	重度心身障害者児で常時介護を要するもの	無	
心身障害者福祉手当	東京都	5,000	5,000	20歳以上、身障1—2級精薄重症・中度	有	
障害児手当（児童手当）	東京都	5,000	5,000	20歳以下 〃	有	
道府県指定都市単独手当	道府県指定都市	2,000～	3,000	20歳未満・18歳以上、成人等	無がほとんど、有が数カ所	
市町村単独手当	市区町村	3,000	5,000	齢・給付内容多様	無（加入資格制限あり）	保護者の死亡・廃疾により支給
心身障害者扶養年金（拠出）	道府県指定都市	20,000	20,000	精薄者・身障1—3級者等	（加入資格制限あり）	

4—15表 心身障害児特別児童扶養手当支給状況（1971年）

	身体障害	精神薄弱	重 複	計
支 給	55人	79人	0	134人
支給率	5.1%	2.6%	0	3.3%

これをみると富山県政の障害児に対する冷淡さが一層明瞭になる。これら革新自治体では、69年から74年にかけて不就学児をいずれも2分1から3分1まで減少させているのに対し、富山県ではす

でにみたように70年から73年にかけて193人から203人へと逆に増加させ、増加率105.2%としていることから、そのことが明白であろう。教育の機会均等を奪われている障害児のために、早急に養護学校の増設や障害児学級の真の充実 また障害児収容施設の拡充が急がなければならない。

次に、18才以上の精薄者についてであるが、71年時点で総数1,717人存在した。掌握されていない潜在者はまだかなり存在していると思われる。いずれにせよ、これら精薄者の県下更生収容施設の総定員は360人程度であり、これでは4～10表にみられるようにすでに重度者443人だけでも不足している。入所必要者に見合う収容力の充実は、すでに1960年の精薄者福祉法制定の際、付帯決議として明言されている。しかし、国の怠慢と相まって、その拡充はきわめて大きく立ち遅れているのである。

今後、富山県の精薄者行政のねらいは、体系的整備という名目と民間運動をたくみに先取りしながら、多くの保守県政が採用してきた安上りの民間委託・コロニー方式、とくにセーナー苑への集中を推進していく可能性が強い。身障者(児)の総合福祉施設集中と精薄者のセーナー苑集中、これが県政の基本的動向である点は、県福祉予算における集中的配分からみても想定されえる。地域社会から隔離された型で入所している障害者(児)の権利保障の視点に立って、今後、われわれはこの動向をしっかりと見極め、運動を進めていく必要があろう。

ところで、こうした精薄者(児)に対する福祉措置は、第一に、「者」に対しては更生相談所、「児」に対しては児童相談所で、各福祉主事や福祉司が、「児」に対して判定や指導を行ない、また「者」に対して保護・指導を行なうことになっている。この場合、福祉司等は兼務が多く専任化する必要があろう。第二に、判定の結果、公私の施設への入所か委託であり、また職親としての事業経営者への委託を行なう。この場合、あくまで保護者の意見や要望をきくと同時に、科学的判定が行われるよう慎重を期さなければならない。単に施設が入所可能な状態にあるという理由だけで入所指導し、施設が入所不可能な状態だから入所を思いとどまらせるよう指導するというだけでは、別段福祉専門家でなくてもできる仕事である。福祉窓口は現状の問題を鋭敏にキャッチし、それを福祉行政の方向に反映させていくことにこそ、窓口指導者たる意義があるのではないか。行政方針に障害者(児)に合わせさせる指導では、最早やその指導は住民とは背を向き合わせた逆立ち姿勢と言うべきであろう。さらに、適正就学委員会の構成についても、資格や構成のあり方、その他きびしい条件が必要であり、また委員会の仕事は、単なる事務的・役所的な就学児の「振り分け」委員会にならないよう、民主的監視が必要である。かつて判別委員会から名称も適正就学指導委員会と改名した意義を発揮していただきたい。

精薄者福祉法外の措置として、知事による療育手帳交付、ホームヘルパーの派遣、在宅者(児)への訪問指導、日常生活用具の給付、さらには雇用促進(職安窓口)があげられる。これらのうち療育手帳の交付に基づいて、特別児童扶養手当や国税・地方税の諸控除・免除、公営住宅への優先入居、NHK受信料の免除等が行われるが、これらの徹底化が望まれるところである。つまり、余程の注意を払っていない限り、被交付者側としては知らずに措置を受けないで済む場合が多い。この場合、行政側から住民や障害者に対して温かい歩み寄りを示して宣伝・普及の効果をあげていくべきであろう。4—14表は、心身障害者(児)の福祉年金・諸手当についてみたものであるが、ここでも多くの所得制限の枠がかけられている。たとえば、4—15表にみられるように、富山県に

における障害児の特別児童扶養手当の支給状況では、1971年で合計134人、各々の支給は、身障児合計1,086人中55人で、支給率5.1%、精薄児合計2,993人中79人で、支給率2.6%、総計でも3.3%の支給率にすぎない。全介護児をかかえる家庭にとっては、他の一般家庭と同額所得ではあっても、経済的・精神的負担はきわめて大きく深刻な状態にあり、所得制限の緩和によって支給対象を大幅に増加させていくよう考慮すべきところであろう。

以上の措置以外は結局、施設への入所である。

第2節 障害者(児)施設の現状と問題点

(1) 施設の設置状況

① 身障者(児)施設

身障者(児)の設置すべて施設と県内の設置状況については、4—16表のごとくであるが、そこで

4—16表 身体障害者更生援護施設の状況（1975年）

	設置すべき更生施設	経営主体	県内に在住する施設の名称	定員	設立日
身体障害者更生援護施設	肢体不自由者更生施設	県	身体障害者更生指導所	60人	1965年
	失明者更生施設	—	なし	—	
	ろうあ者更生施設	—	なし	—	
	内部障害者更生施設	県	内部障害者更生指導所	30	1955
	身体障害者療護施設	—	なし	—	
	重度身体障害者更生援護施設	財団法人	志貴野授産所	50	1968
	身体障害者授産施設	社福法人	マージ園	80	1973
	重度身体障害者授産施設	—	なし	—	
	身体障害者福祉工場	—	なし	—	
	補装具製作施設	—	なし	—	
	点字図書館	社福法人	視覚障害者福祉センター	—	1972
	点字出版施設	—	なし	—	

4—17表 身障者更生援護施設の定員と現員の状況

	身障者更生指導所		内障者更生指導所		志貴野授産所		マージ園	
	定員	現員	定員	現員	定員	現員	定員	現員
1966年	60人	29人	50人	5人	—人	—人	70人	68人
1969	60	28	30	17	50	34	90	70
1973	60	17	30	10	50	43	80	80

気づく点は、まず失明者やろうあ者の更生施設、点字出版施設等、視聴覚障害者の施設の不足がめだつこと、また肢体不自由者を中心とした身障者施設の現存5施設のうち県立が2つ、他3つは法人経営であること、設立時点も内障者施設を除いて、多くは65年以降70年代に集中しているように、設立が遅れていたこと等である。

身障児の収容施設としては、肢体不自由児の施設である県立高志学園（定員100人、設立1959年）と高岡市立こまどり学園（定員50人設立1967年）とが存在するのみである。

これらの施設のうち、身障者の更生・授産の施設について、その定員と在籍者権をみたのが、4—17表である。これによると、更生施設は常に定員よりも在籍者が少なく、しかも年々減少傾向をたどっている。これについての問題点は後述しよう。授産施設は定員と在籍者とがほぼ一致して、むしろ入所増加の傾向にあると言われている。経営主体も両施設ともに民間委託であって、今後は入所希望に見合った形で、地域性をも考慮して県立や市町村立の施設を多く増設していく必要がある。身障児の施設としても、通園的な施設、地域毎に調和のとれた施設を各地に新設していくべきであろう。

また視聴覚障害者対策として、点字図書や声の図書貸出し、「盲人」用具の販売斡旋、「盲人」電話交換手の養成等が促進されるべきであるし、点訳奉仕員の養成や手話奉仕員の養成に力を入れる必要がある。これらの諸施策については富山県はきわめて遅れている。同時に、失明者更生施設、ろうあ者更生施設、点字出版施設等の新設は緊急課題であろう。

② 精薄者（児）施設

精薄者施設の種類としては更生と授産があり、形態としては収容と通所とがある。

4—18表は富山県下の精薄者施設の設置状況をみたものであるが、その特徴としては、まず第一

4—18表 精神薄弱者施設の状況（1975年）

設立すべき精薄者施設	経営主体	施設の名称	定員	現員	設立年
精薄者更生施設（収容）	県	新生園	100人	86人	1962年
	社福法人	セーナ苑	170	155	1966
	〃	野積園	60	59	1972
〃 〃 （通所）	—	なし	—	—	—
〃 授産施設（収容）	社福法人	セーナ苑	50	50	1969
〃 〃 （通所）	—	なし	—	—	—

4—19表 精神薄弱児施設の状況（1975年）

	施設名称	経営主体	定員	現員	設立年
精薄幼児通園施設	恵光学園	社福法人	30人	30人	1973年
	野草学園	氷見市	30	15	1972
	あじさい学園	高岡市	30	20	1974
	わらび学園	社福法人	30	17	
	つくし学園	黒津市	30	20	
精薄児収容施設	黒部学園	県	130	118	1957
	セーナ苑	社福法人	50	45	1962
	砺波学園	県	50	45	1972
重度重症児収容施設	富山病院	国	160	158	1969

に、60年代までは精薄者施設の対策が全く放置されていたことであり、第二は、県立は新生園のみで、民間委託方式が強く志向され、しかもセーナー苑集中傾向がうかがわれることである。したがって県は責任をもって県営方式の施設を各地域にバランスをもって増設する必要がある。第三は、いずれも収容施設であり、通園的な施設の増設が行われなければならない。しかも定員に対して、いずれの施設もほぼ満員であり、自己の入所条件に見合う施設であるならば入所したいという人々がぎわめて多く潜在しているのであって、この点からも、充実した収容・通園の地域性に適応した施設を増設していくべき客観的条件がある。

次に精薄児の通園（幼児）施設と収容施設とについては、4—19表に示される。これらの施設の特徴は、第一に、幼児通園施設では経営主体が法人2、市立3できわめて広域圏的な設置状況にあるので、幼児の通園にふさわしい地域毎の公立施設が増設されるべきことを示していること、第二は、精薄者施設と同じく、精薄児施設においても、措置基準が低いために実収容力よりも定員を多くしているため、在籍児の方が少くなっていること、したがって措置基準の引上げは現場の切実な要求になっていることを示している。第三は、精薄児収容施設が三施設、合計定員280人では絶対的に不足であり、県立の黒部学園や砺波学園を拡充すると同時に、さらに新增設が必要であることが分る。第四は、重度重症児の富山病院はすでに満員であり、県立の同種施設の増設と、精薄施設へ転入するための中間施設新設が不可欠の緊急課題になっていることである。

以上、身障者（児）および精薄者（児）の施設における職員の配員状況について、4—20表に示される。このうち精薄者（児）施設の職種別職員定数については、1975年の改定によると、収容、通所ともに医師は1人（ただし定員150人未満のとき嘱託医でも可）が配置を義務づけられており、保健婦または看護婦、生活指導員、作業指導員は各々収容施設では定員5人に1人、通所では7.5人に2人必要である。また栄養士も定員70人以上には1人配置が義務づけられている。こうした制度に照らしてみると、保健婦または看護婦の欠員がめだっていることが指摘される。また医師1人の配置も、セーナー苑以外はほとんど嘱託医で、制度的には合格してはいても、現状からみて救急の場合等には支障があると考えられ、できるだけ専任医の配置が望まれるところである。また医療科目も精神科が中心であることは当然であろうが、一方では内科や外科・歯科等、全医科の体制がこれらの入所者の特質からみて必要であり、この点、地域社会との共同体制の下にその体制を整備していくことが県行政の行なうべき責務であろう。

(2) 施設の措置費について

身障者（児）、精神者（児）施設の措置負担区分についてみたのが、4—21表である。入所中の全部又は一部は負担能力に応じて利用者より徴収され、生活保護世帯のみ免除されている。あくまで受益者負担の原則が貫かれ、既にみたように利用者より徴収額以上の費用について、国と地方自治体とで措置費として負担する。措置費とは事務費（施設運営費）と事業費（入所者処遇費）とからなり、事務費には人件費や管理費が含まれ、事業費には一般生活費や特別生活費が含まれている。

こうした措置費は基準そのものが現実の単価よりも低額であるため、いくら問題があっても職員や医師等増員しようとしめない自治体では負担は皆無であるとしても、問題を解決するため低額基準

4—20表

障害者(児)施設の職員配置状況(1974年)

施設種類	施設名称	定員	職 員					計
			指導員 保 母	看護婦 保健婦	調 理 栄養師	医 師	事 務 その他	
肢体不自由者更生施設	身体障害者更生指導所	60	6	1	2	(1)	7	16
内部障害者更生施設	内部障害者更生指導所	30	2	1	1	(1)	3	7
身体障害者授産施設	志 貴 野 授 産 所	50	(指)- 4		3	(1)	1 (3)	12
重度身体障害者授産施設	マ シ 園	80	(指)- 7 (寮母)- 4	(保)- 2	4	(1)	4	22
精神薄弱者更生施設	新 生 園	100	23		(調)- 5 (栄)- 1	市 民 病 院(1) 厚 生 会 病 院(1)		37
	野 積 園	60	11	1	(調)- 3	精 神 科(1) 精 神 科(1)		19
	セ ナ 苑	170	54		7	精 神 科 精 神 科	4	↑
精神薄弱者授産施設	セ ナ 苑	50	15	1	3	(1)	2	125
精神薄弱児施設	セ ナ 苑	120	28	1	4	(1)	2	↓
	黒 部 学 園	130	66	2	6	精 神 科(1) 精 神 科(1)	6	82
	砺 波 学 園	50	24	1	4	精 神 科(1) 精 神 科(1)	6	37
精神薄弱児通園施設	野 の 草 学 園	30	4		(兼)- 3	(1)	(事)- 2 (運)- 1	10
	あ じ さ い 学 園	30	7		(栄)- 1	(1)	(事)- 1 (運)- 1	10
	わ ら び 学 園	30	4		(調)- 2	(1)	(兼)- 2	10
	恵 光 学 園	30	7		(兼)- 3	(1)	(事)- 1 (運)- 1	13
	つ く し 学 園	30	4		1	(1)	4	10
肢 体 不 自 由 施 設	高 志 学 園	100	18	32	4	3 (2) 1 (3)	14	73
	こ ま ど り 学 園	50	4	18			4	27
重症心身障害児施設	富 山 病 院	160						

運は運転手, () は嘱託および兼任

を補完する自治体では超過負担とならざるを得ない。国の基準のまま施設運営が強行されると、職員の低賃金、低労働条件が必至となり、したがって入所者(児)の処遇が悪化する。施設によっては、そこで収容能力以上の定員数をかかげて措置費を獲得しようとする等、きわめて苦しい運営が行なわれているのが実情である。また施設によっては、入所者(児)の保護者に定期的な労働奉仕を要求しさえしている。やはり、措置基準そのものの抜本的改善の道を避けて通る訳にはいかない現状である。

(3) 施設の実態調査

以下、県内障害者(児)施設17ヶ所についての実態について若干検討を加え、問題点を指摘していきたい。その対象は精薄者(児)と身障者(児)施設であり、4—20表に示される施設に限定される。

4-21表 障害者施設措置負担区

	措置権者		措置費負担			施設整備			
	県	市	国	県	市	国	県	市	施設
精薄者施設	○	○	$\frac{8}{10}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{2}{4}$	$\frac{1}{4}$	—	$\frac{1}{4}$
身障者施設	○	○	$\frac{8}{10}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{2}{10}$	$\frac{2}{4}$	$\frac{1}{4}$	—	$\frac{1}{4}$
精薄・身障児施設	○	×	$\frac{8}{10}$	$\frac{2}{10}$	—	$\frac{2}{4}$	$\frac{1}{4}$	—	$\frac{1}{4}$

○印 措置権者

4-22表 精神薄弱者援護施設の費用徴収金基準額表（1975年4月現在）

各月初日の在籍入所者の属する世帯の階層区分			収容施設	通所施設
階層区分	定	義	徴収金基準額 (月額)	徴収金基準額 (月額)
A	生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む）		円 0	円 0
B	A階層を除き前年度分の市町村民税非課税世帯		0	0
C ¹	A階層およびB階層を除き前年分の所得税非課税世帯	前年度分の市町村民税所得割非課税世帯（均等割のみ課税）	1,200	600
C ²		前年度分の市町村民税所得割課税世帯	1,500	750
D ¹	A階層およびB階層を除き前年分の所得税課税世帯であってその税額の年額区分が次の額である世帯	4,800円以下	2,500	1,250
D ²		4,801円から 9,600円まで	3,000	1,500
D ³		9,601円から 16,800円まで	3,500	1,750
D ⁴		16,801円から 24,000円まで	4,200	2,100
D ⁵		24,001円から 32,400円まで	4,900	2,450
D ⁶		32,401円から 42,000円まで	5,600	2,800
D ⁷		42,001円から 92,400円まで	7,800	3,900
D ⁸		92,401円から 120,000円まで	9,500	4,750
D ⁹		120,001円から 156,000円まで	12,000	6,000
D ¹⁰		156,001円から 198,000円まで	15,000	7,500
D ¹¹		198,001円から 287,500円まで	20,000	10,000
D ¹²		287,501円から 397,000円まで	25,000	12,500
D ¹³		397,001円から 929,400円まで	30,000	15,000
D ¹⁴		929,401円以上	その月のその入所者にかかる措置費の支弁額（全額徴収）	その月のその入所者にかかる措置費の支弁額（全額徴収）
備考	同一世帯から2人以上の入所者がある場合においては、その月の支弁額の最も多額な入所者以外の入所者については、その施設のこの表の基準額に0.1を乗じた額をもってその入所者の基準額とすること。			

① 各施設の相互関連性

まず各施設の体系的相互関連性のあり方からみておこう。第一は、精薄者(児)施設についてであるが、精薄幼児の通園施設として、野の草・あじさい・わらび・恵光・つくしの各学園5施設（合計定員150人・在籍102人）、精薄児収容施設として、セーナー・砺波・黒部の3施設（合計定員300人、在籍216人）、精薄者収容施設として、セーナー・野積・新生園の3施設（合計定員330人、在籍300人）、同授産施設として、セーナー1施設（定員50人、在籍50人）等が設置されており、一応、通園幼児→児収容→者収容→授産という流れを形成している。

しかし、これをよく検討してみると、多くの矛盾点を含んでいる。すなわち、まず幼児の通園施設自体が広域的ネットワーク（氷見・高岡・砺波・富山・魚津）で設けられており、幼児の通園にふさわしい施設設置ではない。しかも幼児期からの発達指導が不可欠の障害児だけで施設数は絶対的に不足である。さらに次の段階の就学児では、施設収容か養護学校、あるいは「特殊」学級であるが、収容施設も県内3ヶ所のみで不足しており、また精薄児養護学校も高岡に1校のみである。富山大学付属の養護学校は軽度か中度のみで、定員も限定されており、重度は完全排除している。実験学校としては、むしろ重度を中心にすべきであろう。結局、多くの精薄児は各地の「特殊」学級に入学せざるを得ないが、ここでも多くは促進学級化されていて、障害児学級とはなっていないのが実情である。結局、在宅の不就学児として教育権が保障されないことに帰結していくのである。さらに次の段階とも言うべき精薄者の収容施設であるが、ここでも満員であり、結局、「児」から「者」への流れは切断されている。「者」の中でも更生段階から授産段階の流れは、授産施設がセーナー苑内に50人定員1つということで、完全にお手あげという状態である。これでは社会への「復帰」といったことはとても望める状況にはないのである。

第二は、肢体不自由者(児)の施設であるが、「児」の施設として、高志学園とこまどり学園の2施設（計定員150人、在籍123人）、「者」の更生収容施設として更生指導所（定員60人、在籍16人）、授産所として志貴野とマーン園（合計定員130人、在籍123人）が設置され、一応の体系的流れが編成されているように見える。しかし、まず幼児の通園施設は存在しないし、また就学期児童の通園施設も設けられていない。しかも、ここでも「児」から「者」への流れは切断されており、その最大の欠陥は身障者の更生指導所にあると言うべきであろう。定員60人に対し、入所16人という現状が明らかにそのことを示しており、指導のあり方その他に問題がある。訓練内容等の再検討が要請される場所である。授産施設は、実社会へ出発する直前段階の施設であるだけに、その拡充はきわめて重要である。ところが、両施設ともに満員である上に、両施設とも高岡と砺波という呉西地区に存在している。さしづめ呉東地区に新增設されなくてはならないし、通所的な施設も必要であろう。つまり、以上の身障者(児)の現存施設はすべて収容施設であり、通園・通所の施設が完全に欠落しているのである。

重症心身障害児施設の富山病院（定員160人、在籍158人）について言及しておきたい。ここでは入所児1人に対して指導員1.5人という割合になっている。しかも入所児の多くは病状が固定化しているため、次の施設つまりセーナー苑や黒部学園・砺波学園一つ前の段階の施設、すなわち中間施設に転入所することが必要になっている。そうでないと在宅待機の重症児はいつまでも富山病院

に入所できない。ところが転入所すべき中間施設が県内には皆無であり、中間施設を飛び越えて直接セーナー苑等へ入所すると、ここでは児童5人に指導員1人の割合になっているから受入れ体制としては不適當であり、重症児自身が適応できなくなる。ここでも施設間の相互関連性が中断されている。したがって、緊急に果たすべき県政の課題は、こうした中間施設の増設と富山病院に入所できずに在宅待機の重症児のための同種の県立施設増設とを行なうことである。

以上のように、制度上に見合った各々の施設が曲がりなりにも形式的には設置されているが、その内容は後述するとして、各施設設置のあり方を総合的福祉体系としての照準に合わせてみると、相互関連性の欠如、通園施設の欠如、中間施設の欠如、さらに体系的福祉施設構想の欠如のまま、各個別的分散的に、しかも多くを民間委託方式として設置しているにすぎないことが判明する。とは言ってもこの欠陥を補完のために、直ちにコロニー化方式に結びつけていってもよいと言うことではない。各施設は総合的な福祉体系の下で密接に連結・補完されることによって各地域の各障害者（児）の要望に対応して、その独自の設置運営の意義を一層充実して発展させていくべきであろう。

② 各施設内の問題点

施設間の連関性・体系性の陥欠について述べたが、次に各施設自体の内容についての問題はないか、この点について検討を加えていきたい。この場合、施設の点検基準をわれわれは次のように設定した。1、生命や健康、医療の問題、2、入所者（児）および施設労働者にとって措置費は充分なものかどうか、3、日常生活・居住性が健康で文化的か、4、実社会での生活や就業に備えて適切な指導・訓練がなされているか。

第一に、生命や健康、医療の問題については、やはり各施設ともに共通して、専任の各科医師の配置、看護婦の増員が不可欠である。とくに精薄児の多くは、歯を悪化させて30才前後で老化現象をきたすと言われている。歯科定期健診体制は精薄児にとって生命の問題になっているのである。また、たとえばセーナー苑では、現在専任医師として精神科医1人が配置されているが、内科や外科的治療の対象者（児）も多く、こうした疾病者（児）を1人でかかえこんでしまう状況にある。しかし病状が悪化してから専門病院へ送り込んでいては手遅れであり、医療の全科的体制が切実な要望となっている。そのための1つの打開策として、地域的に開かれた体制をとり、地域社会との共同体制で医療体制を完備していくよう再検討していくことであろう。その財政的・人材的対策を県行政は強力に推進して、県内各施設に拡大していくべきである。

制度上は入所者（児）150人以上に常勤専任医師1人配置ではあるけれども、現状では、そのため夜間救急医療体制は全くの不備であり、生命の保障のかぎりではない。これに対する対策は緊急を要している。

第二に、措置費の問題であるが、京都府や東京都のように県の特別加算その他を補完して、入所者（児）の処遇や施設労働者の待遇を少しでも改善していく必要がある。セーナー苑では最近、継続して入所者が死亡したり、行方不明になったりする事故が起った。一つには、内部の管理上の責任があるが、もう一つには、低措置費にもとづく労働者の過重労働・労働者補充の抑制等にも起因する問題である。こうした低措置費のため収容能力以上に定員をかかげざるを得ない現状では、日常

生活の指導や更生・授産指導・訓練にも欠陥がめだつようになってくるのである。

第三は、居住性の問題であるが、各施設に共通して居室が狭いこと、また潤いに欠けること、たとえば小さな窓が1つだけと言った監獄同然のような所もある。また、ある精薄児施設では、静養室が西陽のきつく当る側に設けられて形式主義的であること、また別の施設では、娯楽性や教養性等に対して、どうせ精薄者だからと言った姿勢で、きわめて消極的なあり方を示していること等、健康で文化的な水準からは、かなり程遠い実態にあるとすることができる。さらに、通園精薄幼児の通園バスについて付言しておく、これらの施設は広域ネットワークで設置されているため、通園に1時間も要する児童があり、そこが一つの教育の場になっている。ところが冷暖房がないため、夏は暖房、冬は冷房と言った現状で、ここでも健康的で文化的とは縁遠く、教育の場としても不適当になっている。通園バスに冷暖房設備を完備すべきであろう。栄養士についても措置費の関係から兼任の所が多く、日常、入所者(児)との接触も少く、個々の入所者(児)の好みに応じた食卓といった家庭的雰囲気にも欠ける。できるだけ専任として入所者(児)に駆け込んでいく姿勢が必要であろう。

第四の訓練・指導の問題でも、内部身障害者更生訓練指導所では旧態依然たる訓練内容が継続されていて、入所者が減退する一方になっている。近代産業に対応できる技術指導・訓練が工夫されるべきであろう。また精薄授産施設でも、訓練内容と言えば単にブロック作りと若干の農作業のみである。内容上の創意工夫が要請される。

第3節 富山県障害者(児)行政の対応

現在の富山県政の障害者(児)対策は、身障者(児)は総合福祉施設への集中と精薄者(児)はセーナー苑へ集中という二大施設集中化路線を進めていると言える。つまり、通所・通園的な施設や地域ごとの社会や生活と直結した施設の新增設はできるだけ抑制して、民間法人委託で安上りのコロニー方式を採用するという点に要約されよう。

したがって、障害者(児)行政の中で、継続的なものを除いて新規の最大の施設は、進行中の社会福祉総合施設の建設なのである。置県100年記念行事というキャッチフレーズで、総工費100億円を見込み、初年度の75年度には約10億円が計上された。しかし76年度はやや後退して、身障者と養護学校校舎建設等を含めても、5億円が計上されているにとどまっている。

その構想は、要するに肢体不自由者(児)の施設や学校を中心に集中化しようとするものであり、敷地は富山市の東北、神通川と常願寺川にはさまれた水田地帯の一画、針原地区である。まず高志学園を移転し、次いで養護学校とリハビリテーション病院を建設することになっている。家庭からの通園の問題や地域ごとの小規模施設や学校の建設問題はこれで放棄されていく可能性が強い。県設・法人民間運営という多くの保守県政が採用してきたコロニー化方式である。

内容は、治療―後治療―更生訓練―自立更生、という各段階を位置づけ連絡することによって総合的体系づけを行なおうとするものである。また、これによって身障者(児)の現存する各施設にみられる体系的なあり方の欠如、各個別分散的な方式の欠陥をそらしていこうというものであろう。第一段階の治療―後治療ではリハビリテーション病院・高志学園・養護学校が位置づけられ、

第二段階の更生訓練では肢体不自由者更生施設と内障者更生施設が位置づけられる。さらに第三段階の自立更生段階では身障者福祉工場と身障者収容授産施設が位置づけられている。

こうした構想と内容には、種々なる問題点を含んでいる。すでに述べたように現存の県内各身障者(児)施設のかかえている矛盾を個別的に解決しようとするのではなく、一挙に集中化方式を採

4-23表 富山県社会福祉総合施設の規模

施 設 種 別	定 床
肢体不自由児施設(高志学園)	130
重度身障者更生施設	50
内部身障害者更生施設	50
重度身障者授産施設	100
身障者療護施設	100
リハビリテーション病院	150
計	580

用して結着をつけようとする点である。こうした総合施設を強行することによって、各地域ごとのバランスがとれた施設づくりは棚上げされ、切捨てられていく可能性をもっている。したがって立地条件そのものにも問題があり、すでに身障者職業相談所が設置されていても、ほとんど来訪する身障者はいないという状態である。また施設内の問題についても、高志学園建設では1部屋数人の同居ではプライバシーが守られないし、廊下の幅や基礎的生活空間が大食堂のみといった点は再検討を要するところである。しかも、この建設は、あくまで肢体不自由(児)中心のものであって、精薄者(児)は経済的効率という点からみてあとまわしにされていると言わざるを得ない。また構想作成段階でどれだけの民主的討議がなされ、身障者自身の要望が反映されたか疑問である。単なる官僚的役人的発想で、頭の中で描き出したものとすれば、これ程、障害者を軽視したものはない。今後に予定される建設に、障害者自身をはじめ、関係住民・研究者・建築家・福祉団体等に参加させていくべきであろう。76年段階ですでにリハビリテーション病院の建設予定すら後退しているし、初期の構想計画の実施を今後監視していく必要がある。

現段階に至って、すでに建設は着工された以上、建設そのものに反対するのではなく、その建設内容に批判を加え、障害者(児)に見合った施設づくりの方向へ建設を民主化させていかななくてはならない。民主的立場から、総合施設のプロジェクトチームをつくって、初期の構想を民主的発展させていくことこそ、現実的で建設的であろう。

こうした運動と併行して、一方では居住地域から通所施設やさしづめ広域圏的な地域毎の小規模施設・学校を新增設するよう行政に働きかけていくべきである。総合施設建設によって、地域的・通所的施設の建設をサボらせてはならないからである。

第4章 母子福祉と母子保健

第1節 母 子 福 祉

(1) 母子福祉法について

1937年成立の母子保護法は、戦後1946年生活保護の成立とともに廃止され、その後、1949年母子対策要綱、1953年に母子福祉資金の貸付等にかんする法律が制定された。こうして1964年に母子福祉法の成立に至るが、その内容や中心部分を構成するところは、53年制定の母子福祉資金の貸付等にかんする法律とそれほど変るところがない。

したがって、母子福祉法の内容は、資金の貸付制度が中心で、経済的自立の助成に力点がおれている。また、ここでも母子の権利規定はなく、あくまで慈恵的内容になっている。母子福祉法における母子の定義であるが、母親は配偶者のいない女子をさし、児童は満20才を対象としている。こうした母子家庭のおかれている現状と法のいう基本理念とを対比するために、その条項を示しておこう。「すべての母子家庭には 児童が、そのおかれている環境にかかわらず、心身ともにすこやかに育成されているために必要な諸条件と、その母の健康で文化的な生活とが保障されるものとする」(2条)。

(2) 富山県の母子家庭の現状

① 母子家庭の発生原因

母子家庭の実態について、発生状況や原因とその問題点をみておきたい。5-1表は母子世帯の発生を時期別および原因別にみた構成であるが、その特徴の第一は、病死が過半を占め、交通事故を含めた事故死が20%ほどで、両者併せて死亡が70%をオーバーしていること、次いで離婚が18%となっていることである。この時期の富山県の交通事故死は、全国平均で、1965年指数100としたとき70年134の増加であるのに対し、富山県は65年の100から70年162と全国平均を上まわる増加を示していたのである。第二の特徴は、発生時期として60年代から70年にかけて、とくは65年以降の「超高度経済」成長期に集中していることである。1974年時点の母子家庭5,510世帯のうち2,085世帯(38%)は、65～69年の時期に発生していた。母子家庭の発生には、「超高度経済」成長政策の結果、諸方面にわたって矛盾が起り、その具体的表われとして、労働災害や交通事故、疾病等によって一家の支柱を失ったことに起因する比率がきわめて高いのである。

② 職業・収入状況

次に、これら一家の支柱を失った母子家庭が、どのような職業につき収入をえて世帯の生活を支えているか、5-2表は、まずその職業構成をみたものである。これによると、まず第一に、自営と常勤とで80%以上を占めていること、しかしその中でも自営の減少と常勤の増加という現象が表われており、インフレと不況の中で、必死に支えてきた経営が不振に陥り、ついには児童をかかえて外へ務めに出ざるを得なくなった母子世帯の動向が示されている。第二に、こうして務めに出ざるをえなくなった母親にとって、その選択できる職種とえば、日給や時間給を内容とするパー

5-1 表 発生時期別母子世帯の原因別数（発生時期別構成と原因別構成）

時 期	原 因	病 死	交通事故死	その他の事故死	離 婚	遺 棄	行方不明	廃 症	そ の 他	計
発 生 原 因 別 構 成	1954年以前	60 %	1 %	16 %	23 %	1 %		3 %	8 %	112 %
		(54.1)	(0.9)	(14.4)	(20.7)	(0.9)	30	(1.8)	(7.2)	(100.0)
	1955年～1959年	316	29	89	147	17	(4.5)	8	28	664
		(47.6)	(4.4)	(13.4)	(22.1)	(2.3)	50	(1.2)	(4.2)	(100.0)
	1960年～1964年	646	124	154	239	35	(3.8)	25	56	1,329
		(48.6)	(9.3)	(11.6)	(18.0)	(2.6)	57	(1.9)	(4.2)	(100.0)
	1965年～1969年	1,086	169	252	358	43	(2.7)	48	72	2,085
		(52.1)	(8.1)	(12.1)	(17.2)	(2.1)	18	(2.3)	(3.4)	(100.0)
	1970年	286	52	54	92	16	(3.2)	9	31	558
		(51.2)	(9.3)	(9.7)	(16.5)	(2.9)	14	(1.6)	(5.6)	(100.0)
時 期 別 構 成	1971年	279	43	58	78	14	(2.7)	4	23	513
		(54.4)	(8.4)	(11.3)	(15.2)	(2.7)		(0.8)	(4.5)	(100.0)
	1972年	150	19	23	43	3		1	10	249
		(60.3)	(7.6)	(9.2)	(17.3)	(1.2)		(0.4)	(4.0)	(100.0)
	計	2,823	437	646	980	129	169	98	228	5,510
		(51.2)	(7.9)	(11.7)	(17.8)	(2.4)	(3.1)	(1.8)	(4.1)	(100.0)
時 期 別 構 成	1954年以前	2.1 %	0.2 %	2.5 %	2.3 %	0.8 %	— %	3.0 %	3.5 %	2.0 %
	1955年～1959年	11.2	6.6	13.8	15.0	13.2	17.8	8.2	12.3	12.1
	1960年～1964年	22.9	28.4	23.8	24.4	27.1	29.6	25.5	24.5	24.1
	1965年～1969年	38.5	38.7	39.0	36.5	33.3	33.7	49.0	31.6	37.9
	1970年	10.1	11.9	8.3	9.4	12.4	10.6	9.2	13.6	10.1
	1971年	9.9	9.8	9.0	8.0	10.9	8.3	4.1	10.1	9.3
	1972年	5.3	4.4	3.6	4.4	2.3	—	1.0	4.4	4.5
時 期 別 構 成	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

ト・日雇・内職等のきわめて不安定な職種である。また無職の世帯も7%前後存在するが、その中に立入ってみると、72年には病弱のためが164世帯あり、適当な職種がみあたらないが416世帯、育児のため仕事に出られないが68世帯となっていて苦しい生活状態がうかがわれるのである。

5-2 表 職 業 別 構 成

	総 数	自 営	常 勤	パート タイ	日 雇	内 職	無 職
1967年	7,352 %	3,303 %	2,673 %	95 %	453 %	276 %	552 %
	(100)	(44.9)	(36.3)	(1.3)	(6.2)	(3.8)	(7.5)
1972	5,510	1,848	2,883	173	—	239	36
	(100)	(33.5)	(52.3)	(3.2)		(4.3)	7(6.7)

こうした不安定な職業と生活の中で、母子世帯を支える収入状況はどのようなものかをみたのが、5-3表である。ここでまず明らかなことは、年間収入60万円未満（月5万円以下）が65.6%であり、105万円未満を合わせると91%に達する。母子家庭の生活は、その職種内容の性格と相まって、きわめて不安定な苦しい状況にあると言わなければならない。

5-3表 収入階層別母子世帯構成

	富山県 (1972年)			全国(1973年)
	実 数	比 率		比 率
～60万円未満	3,616	65.6%	～60万円未満	63.5%
60～105万円	1,398	25.4	60～100万円	23.2
105～145 "	338	6.1	100～150 "	7.3
145～160 "	59	1.1	150～200 "	1.9
160万円以上	99	1.8	200万円 以上	4.1
計	5,510	100.0	計	100.0

③ 母親の年齢構成と悩み

職種も不安定な内容で、収入も月5万円にも満たない、その上、一家の支柱を失ったという精神的負担や孤独感、等から当然、深刻な悩みが生れてくる。それらは単に1つの悩みというのではなく種々重複し合って生れてくるものと考えられるが、そうした母子世帯における母親の意識をみたものが、5-4表である。ここでは大きく分けて、借金・営業不振・住宅上の生活困難等、主に経済的悩みが16.5%、自己を含めた病気と医療問題に関する悩みが26.1%、その他、子どもの教

5-4表 母子世帯の悩み(1972年)

	自分や家族の病弱になやむ	借金返済になやむ	営業不振になやむ	失業資金の不足になやむ	母子住宅がほしい	医療費がかさむのに困る	子供の教育に困る	相談相手があるほしい	再 婚 したい	計
世 帯 数	994	553	173	189	592	445	1,511	970	126	5,553
比 率	18.0%	10.0	3.1	3.4	10.7	8.1	27.4	17.6	2.3	100

5-5表 母親の年齢別構成 ()は比率

	20才未満	20～29才	30～39才	40～49才	50～59才	60才以上	合 計
1967年	—	194 (2.6)	1,763 (24.0)	3,307 (45.0)	1,919 (26.1)	169 (2.3)	7,352世帯 (100)
1972	—	272 (4.9)	1,842 (33.4)	2,481 (45.0)	823 (15.0)	92 (1.7)	5,510世帯 (100)

5-6表 母子世帯児童の状況(1967年)

	就 学 前		小学校	中学校	高 校	就 職	その他	計
	保育所	その他						
児 童 数	563	432	2,143	1,703	1976	1,406	517	8,740
比 率	6.4%	5.0	24.5	19.5	22.6	16.1	5.9	100

育や母親自身の悩みが47.3%となっている。こうした悩みのうち、たとえば住宅問題でも、借家・間借・母子寮その他が全体の18%987世帯も存在している。うち母子寮入居世帯は73年現在で193世

帯であった。家族数では、母子2人だけが23.5%の1,295世帯、3人世帯を合わせると過半を占めている。こうした悩みは、種々重なり合ったものであろうが、そのうち、とくに切実な問題は医療・健康についてであり、乳幼児の医療費無料化を徹底化し拡充することと職業病等の相談に応じる母子健康センターの完備が要請される。

次に、こうした母子家庭における母親の年令別構成をみたのが5—5表であるが、1972年時点では、40才代以前が38.3%、40才代が45%で、合わせて83.3%を占めており、しかも若年母子家庭の増加が顕著である。これらの年代は、ちょうど子どもが就学前の時期や義務教育学期、さらに高校進学期や在学期にあたり、悩みの中でも、「子どもの教育に困る」が27.4%を占めていたように、経済的にも精神的にも苦しい時期である。

そこで母子家庭の児童の状況を5—6表によりみると、就学前11.4%、小・中学校では29.5%、合計55.4%である。高校在学中に入れると80%近くに達している。5—1表の原因別でみたように、子どもの成長期に向い、経済的に一番負担のかかる年令層に、一家の支柱を交通事故や労働災害その他病死に多く集中して失っていることは、深刻さも一層である。これら働く婦人の勤務時間に見合った長時間保育や零才児保育の拡充等、保育担当者と対立する形でなくして、国や地方自治体が責任をもって解決していくべきであるし、そのためにも学童保育の解決をめざして、保育所を増設し充実していく必要があろう。

(3) 福 祉 の 措 置

母子福祉を担当する機関は、児童福祉審議会および福祉事務所であるが、直接的には母子相談員がその任にあたっている。5—7表はその相談状況を示したものであるが、5—4表に示された母子家庭の悩みやその他を反映して、過半が生活援護関係に集中している。それ以外の相談内容も、生活に関連した経済的問題が多くからんでいるものとみるべきであろう。

こうした母子家庭をとりまく諸問題に対処すべき福祉の措置としては、その中心に貸付制度が位置づけられており、県の固有義務として母子家庭の経済的自立に助成することが位置づけられている。5—8表は、こうした制度に立って母子福祉貸付金および寡婦福祉貸付金の一覧表であるが、これをみても明らかなように、貸付種類と金額・期限・利子等が詳細に規定されている。これら貸付の財源には県が3分の1、国が3分の2を各々負担し、その利用資格は母子家庭と母子団体になっている。

5—7表 母子相談員の相談状況

項目 年度	生活援護関係相談	そ の 他 相 談 (生活一般児童)	計
1969年	3,146 ^回	1,999 ^回	5,145 ^回
1970	3,331	2,119	5,450
1971	2,095	1,835	3,930
1972	3,434	2,478	5,912
1973	4,034	3,692	7,726

5—8表 母子福祉貸付金および寡婦福祉貸付金一覧表（1975年7月現在）

	貸付対象	貸付金の限度額	据 置 期 間	償 還 期 間 (据置期間経過後)	利 率
事業開始資金	母子家庭の母 母子福祉団体	個人 80万円 団体 150万円	貸付の日から1年間	6年以内	個人 年3% 団体 年5%
事業継続資金	母子家庭の母 母子福祉団体	個人 40万円 団体 50万円	貸付の日から6ヵ月間	3年以内	〃
修学資金	母子家庭の児童 父母の不在児童	高校月額 4,000円 (特別 6,000円) 大学、高専月額 1万1,000円 (特別1万5,000円)	卒業後6ヵ月間	20年以内	無 利 子
技能習得資金	母子家庭の母	月額 6,000円	知識技能修得期間満了後6ヵ月間	10年以内	年 3 %
修業資金	母子家庭の児童 父母の不在児童	月額 6,000円	〃	5年以内	年3%（厚生大臣が定めるもの無利子）
就職支度資金	母子家庭の母または児童、 父母の不在児童	4万円	貸付の日から1年間	〃	年 3 %
療養資金	母子家庭の母または児童	10万円 (特別 15万円)	医療を受ける期間満了後6ヵ月間	〃	〃
生活資金	母子家庭の母	月額 3万8,000円	技能修得資金若しくは療養資金と同じ	技能習得……10年以内 療養……5 〃	〃
住宅資金	母子家庭の母	70万円	貸付の日から6ヵ月間	6年以内	〃
転宅資金	母子家庭の母	3万円	〃	3年以内	〃
就学支度資金	父母の不在児童 母子家庭の児童	4万円	修学後又は修業後6ヵ月間	20年以内	無 利 子
結婚資金	20歳以上の子を扶養している寡婦	8万円	貸付の日から6ヵ月間	5年以内	年 3 %

- (注) 1. 貸付期間は修学資金は修学中、技能習得資金と修業資金は知識技能修得中3年以内、生活資金は技能修得資金または療養資金の貸付を受けている期間である。
 2. 貸付金の償還は、年賦・半年賦、または月賦の方法がある。
 3. 寡婦福祉貸付の結婚資金のみ国から三分の一の費用の補助制度による。

5—9表 富山県における母子福祉資金等貸付状況（1974年）

	母子福祉資金		寡婦福祉資金		母子家庭等結婚資金	
	件	千円	件	千円	件	千円
事業開始(継続資金)	13	3,950	12	4,460		
修学資金(高校・大学)	552	25,337	11	1,020		
住宅資金(増改築・補修)	51	19,830	59	22,900		
その他	31	876	4	320	25	2,500
計	647	49,993	86	28,700	25	2,500

こうした貸付制度に基づいて行われた富山県における母子福祉貸付の状況については、5—9表に示されているが、母子世帯の生活の実情は、収入状況や悩みの意識調査でもみられたようにきわめて苦しい状態にあると言ってよい。したがって期限の延長や償還猶予あるいは免除等の条件拡大、無保証無利子制度の導入等が必要になっている。また利用資格も父子家庭への拡大や申請手続きの単純化も検討を要するところであろう。

資金貸付制度とともに福祉資金として特別児童扶養手当（所得制限がある）をみたのが、5—10

5—10表 特別児童扶養手当の受給者（各年12月31日現在）

世帯 年末 現在	生別母子世帯		死別母	未婚母	廃症者	遺業	その他	計	特別児童 扶養手当 受給者数
	離婚	その他	子世帯	子世帯	世帯	世帯	の世帯		
1969年	437	106	166	67	148	205	73	1,202	119
1970	451	88	173	56	126	202	76	1,172	128
1971	425	69	171	54	121	193	68	1,101	139
1972	531	54	177	63	123	228	64	1,240	193
1973	621	40	192	65	132	224	65	1,339	283

表であるが、76年10月現在で対象児18才未満で15,600円から17,600円に改定された。5—10表の母子世帯類型や5—3表の収入状況をみても分る通り、きわめて貧困な家庭が多く生活困難は一般の予想を越えるものがあるだけに、さらに一層の増額が必要である。それと同時に、職場の開拓や雇用の促進、母子家庭の母親の解雇規制、その他相談事業等を積極的に推進していくべきであろう。さらには公共施設には母子家庭の売店や美容室等の設置に努め、たばこ小売人には優先的に指定することや公営住宅の増設と母子入居の優先措置等を進めていく必要がある。

補論 母子寮の実態調査

母子寮の法的規定は、児童福祉法によって与えられている。その目的は、「配偶者のない女子又はこれに準ずる事情にある女子及びその者の監護すべき児童を入所させて、これらの者を保護すること」にある。ここでは世帯の支柱である母親の職業や生活を中心とした観点から、この章で便宜上取扱うことにした。

県下の母子寮設置状況については、5—11表に示されているが、そのほとんどが、40年代から50年代に設立されたもので、60年代以降は2施設のみである。一方母子家庭の発生が、60年代以降に多いことを考えれば、施設の拡充が必要なはずである。以下母子寮の検討に移る。

その素材として高岡市波岡に設置されている高岡市立母子寮を取上げたい。同施設は設立が1969年で、鉄筋4階建て、30世帯収容のものであるが、1階に周辺地域の児童を対象とした、はおか保育園が併設されている。

母子寮の職員構成は寮長1人、係長・寮母各2人、嘱託医1人の構成であり、入所世帯の構成では、母親の年令別で20～29才5人、30～39才15人、40～94才10人の計30人である。また職業別では、事務員2人、用務員2人、調理士3人、工員16人、店員3人、看護婦2人、雑役1人の計30人となっている。

一方、児童の方は、保育園児12人、小学校19人、中学校8人、高校3人の計42人であり、特に子どもが高校卒業後18才以上になると退所させられるので、深刻である。この点、住宅の保障や職業の保障が明確にされる必要があろう。

さて、同施設の問題点であるが、まず第一に、制度上必要な集会室は存在することは存在するが、物置き室と同然になっており、しかも30世帯72人の集会室としてはきわめて狭い。第二に、少

年の学習に必要な机、椅子、参考書や母親の教養に必要な図書等を法基準通り備える必要があるが、全く不備で各世帯まかせと言う現状である。また医務室や静養室も設けられる規定になっているが、これも有名無実であった。第三に、以上のような不備がめだつ反面、「入寮者心得」によって外出の門限、外泊3日以内限定 来訪者の午後8時退去規定等、制限事項のみが多く、「いやなら出て行って貰う」という態度が強い。私生活を尊重するという配慮が欠けている。また母子の日常生活の相談や指導でも月1回意見をきく程度であり 積極性がほとんどない。これからみても5—11表に示される県下全体の母子寮の再点検が必要であろう。

5—11表 母子寮の状況

施設名	経営主体	定員	認可年月日
清和寮	富山市	20人	1949. 2. 1
呉羽寮	〃	20	1956. 9. 21
高岡母子寮	高岡市	30	1969. 6. 1
奈呉寮	新湊市	20	1954. 3. 5
魚津母子寮	魚津市	20	1947. 12. 1
本江〃	〃	15	1958. 4. 1
氷見〃	氷見市	15	1951. 10. 1
石動〃	小矢部市	15	1955. 6. 1
入善〃	入善町	11	1947. 4. 1
泊〃	朝日町	12	1948. 7. 1
八尾〃	八尾町	8	1972. 4. 1
小杉〃	小杉町	12	1959. 3. 20
城端〃	城端町	15	1955. 7. 1
計	13カ所	213	

第2節 母子保健

(1) 母子保健法について

母子保健法は1965年に制定されたが、その目的は、「母子並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図るため母子保健に関する原理を明らかにするとともに、母性並びに乳児及び幼児に対する保健指導、健康診査、医療その他の措置を講じ、もって国民保健の向上に寄与すること」とされている。

その責任は国と地方自治体であり、妊産婦は妊娠中又は出産後1年以内の女子、乳児とは零才児、幼児とは1才から小学校就学までの児童である。知事は妊娠した婦人に母子健康手帳を交付し、これに基づいて妊娠婦や乳幼児に対して保健指導や訪問指導および健康診査が行われる。

(2) 富山県の母子保健水準

5—12表は、年次別の出生数と人口千人に対する比率を全国平均と比較してみたものである。これによると、60年以降、戦後第2のベビーブームと呼ばれた時代に対応して、人口千人比で、富山県では60年の15.6人から漸増して73年には18.0人となったが、全国平均では同じく17.2人から19.4人と漸増した。富山県は出生率においてまず相対的に低水準にあることを示している。

5—12表 主要年次別出生数と比率

		1960	1965	1970	1971	1972	1973
実 数	全国	1,606,041人	1,823,697	1,932,849	2,000,973	2,038,682	2,091,983
	富山県	16,126人	16,342	17,493	18,434	18,975	18,941
出生率 (人口千人比)	全国	17.2%	18.6	18.8	19.2	19.3	19.4
	富山	15.6%	15.9	17.0	17.8	18.1	18.0
	石川	16.7%	17.8	18.0	18.9	19.5	19.7
	福井	17.5%	17.9	16.3	16.9	17.6	18.0

5—13表 新生児・乳児・妊産婦等の母子保健状況

	新生児死亡率 (出生千対)		乳児死亡率 (出生千対)		妊産婦死亡率 (出生1万対)		死産 (出生千対)		幼児死亡率 (10万対)		後期死産比 (妊娠8ヶ月以降) 千対		早期新生児 死亡率 (生後1週間) 千対	
	富山県	全 国	富山県	全 国	富山県	全 国	富山県	全 国	富山県	全 国	富山県	全 国	富山県	全 国
1960年	—	—	—	—	—	—	80.1	100.4	—	—	—	—	—	—
1965	—	—	—	—	—	—	71.1	81.4	—	—	—	—	—	—
1969	10.6	9.1	14.7	14.2	6.5	5.8	61.0	68.1	160.3	109.1	12.5	16.2	8.1	6.8
1970	11.3	8.7	15.7	13.1	4.6	5.2	61.0	65.3	120.5	108.5	14.3	15.1	9.4	6.6
1971	9.1	8.2	13.3	12.4	4.9	4.5	54.2	61.4	129.1	98.7	12.7	14.1	7.4	6.3
1972	9.2	7.8	12.9	11.7	3.2	4.1	45.8	57.9	115.5	106.5	9.3	12.9	7.7	6.1
1973	9.5	7.4	12.7	11.3	5.8	3.8	44.6	52.6	136.3	99.2	10.0	12.2	7.6	5.8

5—14表 乳児死亡のうち新生児の占める割合

	富 山 県	全 国
1950年	47.3%	43.7%
1955	61.6	56.2
1965	68.2	63.0
1971	68.3	66.0
1972	71.7	66.6
1973	74.6	65.3

母子保健の水準を端的に示すものは、5—13表に示される新生児をはじめ 乳幼児、妊産婦等の死亡率であり、また死産や周産期の死亡率であろう。5—13表でも全国平均と比較して 富山県の状況をみている。これによると、新生児死亡率であるが、69年以降、出生千人比で10.6人から73年の9.5人へ減少してはいるが、常に全国平均よりも死亡率が高く、これは全国都道府県の中で7位の上位にある。しかも生後1週間以内の早期新生児死亡は、同じく千人比で、全国平均よりも高く、全国的には減少傾向にあるのに対して、富山県では一進一退の状態 で 73年には全国平均の

5.8人に対し7.6人になっていた。

5—15表 原因別乳児死亡率

富 山 県				全 国			
順 位	死 因	実 数	率	順 位	死 因	実 数	率
	総 数	240	100.0		総 数	23,687	100.0
1	先 天 異 常	46	19.2	1	先 天 異 常	4,497	19.0
2	出 生 時 損 傷	37	15.4	2	出 生 児 損 傷	3,770	16.0
3	新 生 児 異 常	34	15.4	3	肺 炎 気 管 支 炎	2,495	10.5
4	母 体 障 害	19	7.9	4	詳 細 不 明 未 熟 児	2,077	8.8
5	肺 炎 気 管 支 炎	16	6.7	5	そ の 他 新 生 児 異 常	1,702	7.3
6	詳 細 不 明 未 熟 児	16	6.7	6	不 慮 の 事 故	1,080	4.3
7	新 生 児 出 血 性 疾 炎	7	2.9	7	母 体 障 害 に よ る 異 常	977	4.1
8	不 慮 の 事 故	6	2.5	8	新 生 児 出 血 性 疾 炎	827	3.5
9	胃 腸 炎	5	2.1	9	胃 腸 炎	755	3.2
10	腸 閉 塞 ヘルシア	5	2.1	10	心 疾 患	360	1.5

5—16表 低体重児の出生率（出生100対）

	富 山 県	全 国
	%	%
1960年	9.7	8.6
1965	9.3	—
1970	6.7	6.6
1971	6.9	6.3
1972	6.3	6.1
1973	6.6	6.0

（低体重児…出生児2,500g以下乳児）

5—17表 保健所管内別にみた母子保健（県平均を100とした場合の指数）

	乳 児 死 亡 率		新 生 児 死 亡 率		周 産 期 死 亡 率		死 産 率		低 体 重 児 出 生 率	
黒 部	81	88	57	73	78	93	87	96	82	91
魚 津	97	121	102	117	121	108	111	108	93	94
上 市	111	67	106	67	106	87	68	85	103	92
富 山	93	99	95	97	90	96	97	90	100	100
八 尾	101	139	92	153	109	135	68	100	88	102
小 杉	101	122	106	148	119	117	101	101	103	106
高 岡	99	104	100	104	110	99	144	124	112	106
氷 見	127	93	153	99	130	103	133	316	84	102
福 野	113	80	117	65	92	84	70	84	103	103
小 矢 部	114	112	96	110	78	121	62	82	104	103
	68～70 平均	71～73 平均	68～70 平均	71～73 平均	68～70 平均	71～73 平均	68～70 平均	71～73 平均	68～70 平均	71～73 平均

乳児死亡率でも新生児の動向と同じく減少傾向にあるとは言え 千人比で全国平均が 69年の14.2人から73年の11.3人であるのに対し、富山県では15人から13人になっていた。

これら新生児や乳児の生存は母体の健康状態や養育条件等の影響を強く受けると言われており、したがってその死亡率は県の衛生状態の良否、生活水準を反映する重要な指標の1つであると言うことができよう。

乳児死亡のうち新生児死亡の占める割合についてみたのが5—14表であるが、その動向としてまず全国的に増加傾向にあること、その中でも富山県の増加率と割合とが高いことが判明する。そこで5—15表より乳児死亡の原因についてみると、全国とともに先天異常が1位を占めており、死因別については、出生前および出生時の原因による先天性の死亡が65%を占めていることが分る。幼児死亡率は圧倒的に富山県は高率である。零才児健診や3才児健診が母親たちの強い要求として出されているのも、この点からみても大きな根拠をもっているし「母子並びに乳児及び幼児の健康の保持及び増進を図る」母子保健法の目的からみても正当な要求である。こうした児童の健診体制の整備とその無料化は、殊更重要な問題であろう。

さらに出生の前提になる妊産婦の保護であるが、その水準を示す一つとして5—12表にみられる妊産婦の死亡率（対1万人比）があげられよう。これについても、富山県は常に全国平均を上回っており、しかも全国的には漸減傾向にあるのに対して、富山県では70年代に入ってむしろ増加傾向すら示しているのである。富山県の保健水準の低さを示す重要な指標でもある。

妊娠8ヶ月以降の後期死亡率は、同じく5—13表に示されているが、富山県の場合、全国平均より若干下まわっているとは言え、その傾向はきわめて不安定な動きを示している。とくに、この後期死産における先天異常の発生率は、20年前に比較して約12倍というショッキングなデータが国立公衆衛生院優生室で明らかにされた。それによると、先天異常の中で、最も多いのが呼吸器、泌尿器系の異常、無脳症である。かつ死産の先天異常の発生率増加は、出生児の中でも異常児の増加となってあらわれるであろうことが予想されるのである（5—14表参照）。

こうした異常児の出生に関連して、低体重児の出生率をみたのが、5—16表であるが、この出生率も、富山県は母子保健の低水準性を反映して、常に全国平均を上まわっている。

以上の母子をめぐる保健水準について、県下保健所管内別にみたのが、5—17表であるが、結論的に言うと、県内でも特に低保健水準を示している地区は、魚津・八尾・小杉・高岡・氷見等があげられよう。このうち魚津・八尾・氷見の三保健所は一時、統廃合の対象として噂されたところである。地域に根ざした保健行政が要請されているにもかかわらず、一層広域保健行政を推めて、ますます地域住民から遠ざかっていこうとする県の保健行政の姿勢＝再編成政策は、富山県下の母子をめぐる深刻な低保健水準の現状を全く無視したものであると言わざるを得ないであろう。

第5章 児童福祉

第1節 児童福祉法について

児童福祉法は1947年12月に制定された。その理念として「すべての国民は、児童が心身ともに健康やかに生まれ、且つ育成されるよう努めなければならない」とし、また「すべての児童は、ひとし

くその生活を保障され、愛護されなければならない」とされている。要保護児童のみならず、すべての児童がその対象となっているのである。

その責任として「国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う」ている。ただし、1959年11月20日の国連総会による児童権利宣言とくらべて、児童福祉法は受身的で権利性に欠けていると言える。ところで この場合、児童とは18才未満をさし、うち乳児1才未満、幼児は1～6才 少年7～18才とされている。母子福祉法の児童が20才未満、労働基準法の保護対象児は15才未満、少年法では20才未満等の差異が存在している。

さて児童に対する福祉の措置として 次の四つに大別できよう。その一つは 児童・妊産婦に対する保健・医療的保護であり、三才児健診や母子保健に関する諸施策、また心身障害児に対する療育・育成医療・指導や手帳交付等を内容とする。これらについては第3章 障害者（児）の福祉、第4章 母子福祉と母子保健、において併せて言及したので、ここでは省略する。第二は、助産施設や母子療入所に対する措置であるが、これについても、第4章において若干触れているので、その章を参照されたい。第三は、保育所入所の措置であり、第四は、要保護児童に対する保護措置であるが、本章では、第三の保育所問題を中心に言及するにとどめ、第四の要保護児童の問題については、今後の課題としておきたい。

第2節 保育をめぐる諸問題

保育問題とは何か これについての議論が政府の立場からのものと、住民の立場からのものとが対立している。その代表例としては次の如く要約できよう。保育とは 母親の就労や疾病で保育機能が喪失され、「保育に欠ける」児童ができたとき、母親に代って保育をカバーするという点に限定される、という考え方がまず第一である。これは大略、政府の考えに通じていると言えよう。これに対して、児童の成長発達の保障という観点から、こうした「保育に欠ける」児童だけに限定してもよいのかと疑問を投げかけている住民や多くの母親たちの考え方がある。現状の保育行政は、保育＝家庭中心主義で、要保護児童のみ保育所へ入所させる方針で貫かれているが、これに対して、児童の権利としての発達保障という観点に立てば、集団の場を保障し 乳幼児の段階から科学的な指導によって成長を促進させなければならないという主張がなされている。問題はそれだけにとどまらず、生活環境の悪化、公害や交通災害、都市の過密化等、児童の成長・発達にとって欠かすことのできない環境条件が失われたことも、単に「保育に欠ける」児童のみに限定できない大きな要因となってきたのである。すべての児童がひとしくその生活を保障され、愛護されなければならないからである。

ところが「保育に欠ける」児童中心の保育行政が貫徹されているため、保育所入所希望者に対して保育所や保母の不足、さらには保育単価や保育所建設費をめぐって超過負担等が起ってきた。このことは保育児童の成長・発達に対して直ちに大きな障害となり、また保育内容を充実させることを困難なものとし、さらには保育労働者の労働条件を悪化させる結果になっている。

こうみえてくると、保育問題とは、単に保育児童の問題だけにとどまらず、父母の労働や生活権の問題でもあり、何よりも子どもの成長・発達という教育上の問題から、さらに自治体の行財政上の

問題、また生活環境や条件の問題等を広汎に包含し相互に関連し合うきわめて複雑多岐にわたる社会的問題であるということが分ってくる。保育問題の民主化は地域住民すべての人々とかわり合うさけには通ることのできない課題なのである。

第3節 富山県の保育状況

(1) 児童の生活環境

まず保育の前提ともなる児童の生活環境からみておきたい。児童は遊び場に集まってくる仲間と遊び、仲間を求め、自然発生的に集団をつくるといわれている。したがって遊び場の整備は児童の発達にとって決定的な条件であると言ってよいであろう。6—1表は県内各地の児童遊園地の設置状況をみたものであるが、これによると、県下設置合計824ヶ所、うち自治会等民間設置が614ヶ所

6—1表 児童遊園地等設置状況（1974年）

市 町 村 名	児 童 遊 園	児 公 園	自 治 会 等 民 間 設 置	合 計
富 山 市	12カ所	107カ所	79カ所	198カ所
高 岡 市	7	10	106	123
新 湊 市	—	15	25	40
魚 津 市	1	15	40	56
氷 見 市	2	—	60	62
滑 川 市	1	—	25	26
黒 部 市	—	1	18	19
砺 波 市	2	—	8	10
小 矢 部 市	2	—	6	8
大 沢 野 町	3	—	81	84
大 山 町	2	—	37	39
上 市 町	1	3	11	15
立 山 町	1	2	24	27
入 善 町	2	1	10	13
朝 日 町	—	—	2	2
八 尾 町	—	—	2	2
婦 中 町	—	—	—	—
山 田 村	—	—	2	2
細 入 村	—	—	3	3
小 杉 町	1	10	15	26
大 門 町	—	1	8	9
下 村	1	—	4	5
大 島 町	1	—	—	1
城 端 町	1	1	4	6
平 村	—	—	1	1
上 平 村	1	—	—	1
庄 川 町	—	—	5	5
井 波 町	—	2	13	15
井 口 村	—	—	—	—
福 野 町	1	—	6	7
福 光 町	—	—	—	—
福 岡 町	—	—	19	19
計	42	168	614	824

74%を占めている。また富山市の場合、児童遊園・公園の合計119ヶ所に対し、自治会等の設置遊園が79ヶ所であるのに対し、高岡市では同じく、17ヶ所に対して106ヶ所と逆になっていること等、地域的にもバラつきがある。このような遊園や公園の整備・普及度がどれだけ進んでいるかをみる一つの指標としては、その対極に位置づけられる児童の事故死の推移であろう。6—2表はその推移をみたものであるが、1968年以降、水死、交通事故死ともに一進一退しており、改善の方向にあるとは言えない。一般人の場合でも、富山県の交通事故は、東京や大阪、京都にくらべてその

6—2表 児 童 の 事 故 死

	交 通 事 死 故	水 死
	人	人
1968年	22	27
1969	34	37
1970	32	29
1971	32	36
1972	35	39
1973	32	29

率が高いのである。一方、都市公園についての現況(m^2 /人)を全国と比較してみると、全国平均では71年2.77、73年3.00であるのに対し、富山県では71年1.82、72年2.32と低い。石川県でも71年3.60、73年4.05と全国平均を上回っている点は富山県と比較して注目されるところであろう。1人あたりの産業関連基盤と生活関連基盤とに対する投資額の割合が、富山県の場合、9:1と徹底して産業中心主義であることと照応しているのを考え併せると、県政そのものに、まず児童の生活環境を喪失させて省りみない姿勢がうかがわれるのである。この点でも、県政のあり方に一大転換が要請される。

(2) 保 育 所 の 設 置 状 況

次に、保育=家庭中心主義の国の厚生行政に追隨する富山県政のあり方から、当然、保育所や保母数の不足、保育内容の欠陥、保育所建設をめぐる超過負担等が生じて来ざるを得ない状況をみておこう。

保育所には認可保育所と無認可保育所とがあり、前者は児童福祉法に定められ、厚生省が認可する施設であって公私立があるが、収容数、施設の広さ、職員数、保育内容等の一定の基準を満たす必要がある。運営費は国が8割、県と市町村とが各々1割づつを公費負担する。保育所の種類としては小規模保育所、季節保育所、僻地保育所、児童館等があり、対象は、あくまで「保育に欠ける」児童零才から学令期の児童とされ、保育時間は8時間原則で父母の送迎が必要となっている。

6—3表は富山県における年次別保育所の設置状況と種類および保育率についてみたものであるが、その特徴として、まず第一に、「保育に欠ける」児童だけでなく、より広汎な保育所建設の要求に若干は対応して施設の建設が進められたこと、しかし第二に、保育率に示されるように、未だその数は不足して要保護児童中心主義であり、75年度をみても25.7%の低率にとどまっているこ

6—3表 保育所の設置状況と保育率

	保 育 所			季 節 保 育 所		へ き 地 保 育 所	
	施 設 数	定 員	保 育 率	開 設 数	収 容 数	施 設 数	定 員
1970年	260	23,268 ^人	23.8 [%]	228	7,339 ^人	39	1,220 ^人
1971	263	24,003	23.5	217	6,326	40	1,226
1972	269	24,858	24.3	159	4,441	39	1,177
1973	279	26,135	25.6	156	3,955	36	1,072
1974	283	27,148	26.5	96	2,415	39	1,140

6—4表 市町村別保育所充足率（1974年）

市 町 村 名	保 育 所 定 員 (A)	就学前児 童 数 (B)	(A) / (B)	市 町 村 名	保 育 所 定 員 (A)	就学前児 童 数 (B)	(A) / (B)
富 山 市	4,915 ^人	29,050 ^人	16.9 [%]	婦 中 町	780	2,056	37.9
高 岡 市	4,080	16,846	24.2	山 田 村	60	154	39.0
新 湊 市	1,150	4,472	25.7	細 入 町	120	228	52.6
魚 津 市	1,425	5,172	27.6	小 杉 町	740	2,190	33.8
氷 見 市	1,420	5,430	26.2	大 門 町	250	1,089	23.0
滑 川 市	605	2,992	20.2	下 村	—	168	—
黒 部 市	1,276	3,363	37.9	大 島 町	180	582	30.9
砺 波 市	550	2,951	18.6	城 端 町	570	1,022	55.8
小 矢 部 市	1,080	3,192	33.8	平 村	—	194	—
大 沢 野 町	650	1,806	36.0	上 平 村	60	90	66.7
大 山 町	190	1,035	18.4	利 賀 村	—	137	—
舟 橋 村	60	147	40.8	庄 川 町	360	705	51.1
上 市 町	670	2,170	30.9	井 波 町	410	1,074	38.2
立 山 町	707	2,374	29.8	井 口 村	60	116	51.7
宇 奈 月 町	340	678	50.1	福 野 町	600	1,357	44.2
入 善 町	1,140	2,525	45.1	福 光 町	995	2,066	48.2
朝 日 町	835	1,794	46.5	福 岡 町	210	1,031	20.4
八 尾 町	660	1,999	33.0	計	27,148	102,255	26.5

と、また季節保育所数に至っては大きく減少傾向にあること等が指摘される。

6—4表は、県内市町村別の保育所充足状況であるが、平均充足率26.5%に対して、市部の保育率が低く、また相対的に郡部が高いが、下村・平村・利賀村のように保育所が皆無のところもあり、地域的に差が大きい。6—5表および6—6表は、僻地保育所と季節保育所の設置状況であるが、両施設ともに認可をうけずに国庫助成を受けることのできる保育所として特異な地位を占めて

6—5表 へき地保育所設置状況

市町村名	箇所数	定員 人
氷見市	7	210
黒部市	1	30
小矢部市	1	41
大沢野町	4	120
大山町	1	30
上市町	1	20
立山町	6	180
朝日町	1	6
八尾町	4	143
平村	4	80
利賀村	4	120
庄川町	1	30
井波町	1	30
福野町	1	30
福光町	2	70
計	39	1,140

6—6表 季節保育所設置状況

市町村名	設置数	
	春	秋
富山市	2	2
高岡市	2	2
魚津市	3	3
氷見市	4	2
黒部市	1	1
砺波市	3	3
入善町	19	19
朝日町	3	3
八尾町	1	1
大門町	4	4
下村	2	2
井波町	1	1
福野町	2	2
福光町	1	1
福岡町	1	1
計	49	47

いる。このうち認可保育所のない平村や利賀村では6—5表の僻地保育所で各々4ヶ所づつ、下村では季節保育所2ヶ所設けているが、認可保育所を県の補助によって新增設されるべきであろう。県下各地の保育所増設のレベルアップの基礎前提として僻地保育所を位置づけていく必要がある。

次に、無認可保育所であるが、この保育所は現状の保育所不足から生じた矛盾の集約的な表現であるとも言える。これには運営形態からみて共同保育所と個人による私立保育所とがあるが、前者は預ける側の父母と預かる側の父母とが財政面・保育内容等を相互で責任をもち運営している保育所であり、後者は個人の建物や土地を提供し、施設長が責任をもって運営している保育所である。その運営上の内容からみて夜間保育・職場・企業内保育等の種類分けもできよう。こうした保育所の存在こそ、保育所不足から由来する住民の保育拡充への強い要望を示したものとみるべきである。ところがこれら無認可保育所に対しては国庫補助はなく、すべて利用者負担の原則を強制されているのである。

6—7表および6—8表は、富山県における保育問題の矛盾の集約された形で表われている共同保育所および企業内保育所の実態をみたものである。現在、保育の最低基準の重要な一項目である保母と保育児との配分については、保母1人に対し、1才未満児は3人・3才未満児は6人・3才児は20人・4才と5才児は30人等になっているが、両表でみると、この基準以下のところが多く、保母資格についても有資格と無資格比率が全体で29人対44人で逆に無資格が多くなっている。国庫の助成金もなく、無認可のまま設立されたものだけに、内容的にもかなり問題が包含されている

が、犠牲は何よりも保育児そのものであり、加害者はこれを放置して省りみない国と県当局にある。

6—7表 無認可保育施設実態調査表（1974年2月現在）

施設名	市町名	設置主体 及び 開設年月	建物の状況				保 母			入 所 児 童			保 育 時 間			
			保育 室	調理 室	その他	計	有 資 格	無 資 格	計	3 才 未 満	4 才 児	計	昼 間 のみ	夜 間 のみ	昼 夜 間	計
さくらんぼ保育園	富山市	任意団体 1968.6	36.3	6.6	3.3	46.2	0	2	2	8	0	8	9	—	—	9
田地保育所	小矢部市	個 人 1964.4	23	10	63	96	0	1	1	15	5	20	—	—	12	12
抱童保育園	砺波市	個 人 1941.4	21.5	10	66	97.5	1	1	2	12	48	60	11	—	—	11
安田 "	滑川市	個 人 1952.9	70	30	99	19.9	0	3	3	0	50	50	10	—	—	10
植木 "	黒部市	個 人 1953.5	96	9	29.25	134.25	2	1	3	15	0	15	8	—	—	8
喜志麻 "	福光町	個 人 1952.4	28	10	94	13.2	0	4	4	30	10	40	10	—	—	10

6—9表 事業所保育施設の推移

	施設数	児童数	3才未満	3才以上
1974年	26	501	295	206
1976	16	388	229	195

6—10表 富山市の補助金（1976年）

補助金	利 用 内 容
給与改善	保母1人 月3,000円
施設運営 (使用制限なし)	給食費…未満児 185円×36日 (1人分) 以上児88×36 保育費…未満児31円×36日 (1人分) 以上児26×36

6—9表は、こうした企業所内保育所の推移をみたものであるが、1976年現在は、6—8表に表われている74年の26ヶ所から減少して16ヶ所（病院4、会社12）となっている。つまり、こうした保育所は不況による経営不振や経営業績の結果に強く影響を受け、保育所自体の運営も不安定な状態におかれているのである。したがって、そこで育ち成長しようとする児童の心身の発達は必ずしも保障されているとは言えない。また保育所そのものが工場内やその近くに位置することが多いので、振動・騒音・悪臭・採光その他設備の不完全等で保育環境に欠けること、きわめて大い。

一方で国の補助金が受けられないこれら無認可保育所に対し、革新自治体は独自の助成金を出して、それなりに保育問題に取り組んでいる。例えば東京都では、児童1人に月13,000円、保育者1人年66,000円の助成金を出しているし、京都府では1施設に対し年200万円、大阪府では児童1人に月3,000円出している。ところが富山県では、全くの切捨て政策で、国の保育抑制政策にあくまで

施設名	所在地	設置主体 及 開設年月	建物の状況				保 母			入 所 児 童			保 育 時 間				保育料 1人平均 月 額
			保育室	調理室	その他	計	有資格	無資格	計	3才未満	3才以上	計	昼の 時間	夜の 時間	昼夜間	計	
中央病院保育室	富山市西長江220	企業 1964.9	280.6	15.0	34.8	330.4	5	1	6	26	9	35	9.45	—	—	9.45	円 2,525
山口ニット	富山市水橋開発1,212	企業 1969.4	50	—	20	70	0	2	2	9	3	12	8.45	—	—	8.45	1,750
西能病院	富山市五福1,125	企業 1970.3	76.45	9.9	1.65	88	3	1	4	5	2	7	—	—	—	—	3,500
谷野呉山病院	富山市北代5,200	企業 1971.4	66.8	9.9	3.3	80	1	2	3	7	3	10	8.30	—	—	8.30	4,500
日清紡	富山市堀15	企業 1969.9	—	—	—	106.5	0	3	3	7	16	23	9.00	—	—	9.00	2,000
吉沢油化	富山市一本木1,010	企業 1973.8	48.6	6.6	1.65	56.85	0	3	3	10	3	13	—	—	—	—	3,500
不二越KK 労働組合 ゆりかご保育園	富山市中布39	労働組合 1962.9	61.5	9.9	6.6	78	3	1	4	18	7	25	9.20	—	—	9.20	4,500
武内プレス	富山市上赤江1の10	企業 1973.6	39.6	13.2	29.7	82.5	1	2	3	13	8	21	—	—	—	—	1,500
富国生命	富山市桜橋通り6の11	企業 1972.5	122.1	—	13.86	135.96	1	3	4	8	20	28	8.00	—	—	8.00	2,500
日本繊維	富山市堀川町365	企業 1939.4	115.5	—	16.5	132	0	1	1	3	17	20	9.00	—	—	9.00	無
三和製作所	高岡市内島111	企業 1971.12	74.25	—	109.73	183.98	1	1	2	25	5	30	8	—	—	8	1,000
鍛冶産業	高岡市定塚字源野111	企業 1971.2	29.7	0.8	116.35	146.85	0	2	2	6	4	10	8.7	—	—	8.7	2,000
戸出物産	高岡市戸出町1-5-20	企業 1970.4	80.0	3.3	188.95	272.25	1	2	3	13	2	15	8	—	—	8	1,250
北日本アルミ 建材工業	高岡市石瀬694	企業 1973.12	33.0	9.9	66.0	108.9	2	—	2	9	1	10	8	—	—	8	4,000
立山アルミ 工業KK	高岡市早川550	企業 1971.10	56.23	18.0	261.77	336.0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
金太郎温泉 保養所	魚津市天神野新6,000	企業 1971.1	60	—	70	130	1	1	2	—	19	19	9	—	—	9	無
朝日物産KK	氷見市柳田	企業 1979.2	56.1	—	102.3	158.4	—	2	2	5	11	16	9	—	—	9	1,500
細川機業KK 寺田工場	立山町寺田1,567	企業 1965.11	69.3	7.4	9.9	86.6	1	2	3	12	13	25	—	—	14	14	日額 50
合資会社 石黒機業	上市町天神町	企業 1968.4	39.6	—	23.1	62.7	1	1	2	1	3	4	8	—	—	8	1,250
上市繊維KK	上市町旭町	企業 1969.4	13.2	—	19.8	33.0	0	1	1	1	3	4	—	—	16	16	1,250
細川機業KK	上市町稗田	企業 1970.6	239.4	—	20.9	260.3	4	8	12	73	43	116	—	—	16	16	4,890
砺波厚生病院	砺波市新富1-61	労働組合 1968.5	30	—	—	30	2	1	3	12	—	12	8	—	—	8	5,500
前島岳雄	黒部市六天819	企業 1973.4	108	—	4.32	112.32	1	—	1	8	4	12	9	—	—	9	2,500
大愛木田保育所	入善町青木852	企業 1979.7	36	—	—	36	1	1	2	10	6	16	9	—	—	9	無
丸扇産業	入善町上野5,367	企業 1969.4	30	—	—	30	—	1	1	2	4	6	8	—	—	8	2,000
日乃出屋産業 育児室	福光町遊部	企業 1963.4	33	—	10	43	0	兼任 2	2	12	—	12	8	—	—	8	無
合 計		24 企業 2 労働組合					29	44	73	295	206	501					

も追隨しているのである。その中で富山市では、6—10表にみられるように 保母1人に月3,000円補助金を出し、一応積極的姿勢を示そうとしている点、注目されよう。

保育所の不足の中であって、しかも長時間保育や産休明け保育等の多様な保育形態を要請されるのが現状である。こうした中での企業内保育所や私立の無認可保育所の存在意義を十分に認識することによって、県が単独の補助政策を積極的に推進していくことは目下のところ不可避的な状況にあると言うべきであろう。

(3) 保育形態の状況

1975年現在における県下保育所公立245ヶ所 私立55ヶ所、計300ヶ所（認可保育所）を対象にした保育時間、および早出・居残り等の保育実施状況についてみたのが、6—11表、6—12表、6—13表である。

6—11表 通常の保育時間（1975年）

	平 日				土 曜 日							
	8.30～ 15.30	8.30～ 16.00	8.30～ 16.30	計	～11.30	～12.00	～12.30	～13.00	～13.30	～15.30	～16.00	計
保 育 所 数	74	162	64	3.00	6	24	132	82	49	5	2	300
構 成 比	24.7	54.0	2.13	100.0	2.0	8.0	44.0	27.3	16.3	1.7	0.7	100.0

6—12表 早出保育実施状況（1975年）

	実 施			実 施 していない	計
	7.30～8.30	8.00～8.30	小 計		
保 育 所 数	20.2	74	27.6	24	300
構 成 比	67.3	24.7	92.0	8.0	100.0

6—13表 居残り保育実施状況（1975年）

	平 日						
	実 施					実 施 してい ない	計
	～16.30	～17.00	～17.30	～18.00	小 計		
保 育 所 数	12	57	106	14	189	111	300
構 成 比	4.0	19.0	35.3	4.7	63.0	37.0	100.0

	土 曜 日												
	実 施										実 施 してい ない	計	
	～13.00	～13.30	～14.00	～14.30	～15.00	～15.30	～16.00	～16.30	～17.00	～17.30			小 計
	27	13	20	5	6	11	8	4	20	22			
	9.0	4.3	6.7	1.7	2.0	3.7	2.7	1.3	6.7	7.3	45.3	54.7	100.0

第一に、通常の保育時間については、いずれも午前8時からで、平日は午後3時半までが24.7%、同4時までが54%、同4時半までが21.3%である。また土曜日は午前11時半までが2%、同12時までが8%、午後12時半までが44%、1時までが27.3%、1時半までが16.3%、3時半までが1.7%、4時までが0.7%となっている(6—11表)。

第二に、早出保育実施状況では、午前7時半から実施しているところが67.3%、同8時からが24.7%、併せて早出保育実施は92%に達していることが分る(6—12表)。

第三に、居残り保育実施は、平日では午後4時半までが4%、同5時までが19%、同5時半までが35.3%、同6時までが4.7%、併せて63%の保育所が居残り保育をしていることになる。また土曜日は午後1時までが9%、午後5時までやっているところを併せると、45.3%に達している(6—13表)。

こうした早出・居残り保育実施に伴って、正規の保母でなく、パートや無資格の保母で行なう傾向も生れつつあることは注目すべきところであろう。8時間保育の原則に対して、延長の要求が現実に存在していること、しかも、それが父母の労働や生活問題と切実な形をとって結びついていることを配慮して、国や自治体は責任をもって保育所の増設とともに、緊急に保母の増員を実現することが不可欠である。保育所や保母の不足、保育形態の短縮は、直ちに保育児自身の成長に悪影響を及ぼし、さらには父母の労働権・生活権にも大きく影響を与えないではおかないからのである。

(4) 保育料と地方財政負担

6—14表は保育所の徴収金基準額を示したものであるが、これに対応した富山県の階層別措置状況をみたのが、6—15表である。1974年の例であるが、保育料が無料となるAおよびB階層全体の2.2%、AB階層を除いた所得税非課税世帯にあたるC階層は全体の32.6%で、A、Bを合わせると34.8%になる。尚ここで半額とは、保育所に2人以上預ける場合のことである。まず、こうしたC階層の均等割世帯までは最低限、保育料は無料化していくべきであろう。

ところで保育料について考える場合、その前提になるのは、国の決めている保育に対する措置費、すなわち保育単価が問題となる。1975年時点では、4才児以上12,265円、3才児14,557円、3才未満児32,847円、乳児55,769円となっており、これらで保育所の運営費(人件費、管理費等)すべてを賄わなくてはならない。このうち人件費は保育単価が低いために常に80%を占めると言われている。また一方で、国の考えでは保育単価イコール保育料にしたいという点にあるため、保育料がこれまで恒常的に引上げられてきた。現在では保育単価のうち、受益者負担の原則に立って、父母負担の保育料がほぼ50%以上を占め、残りの50%程どが公費負担として、国で8割(全体の4割)、県や市町村で各々1割づつ(全体では5分づつ)負担することになっている。したがって低保育単価を補完するために、自治体が補助し、また父母負担を軽減するために保育料を下げると、直ちに自治体の超過負担となってくることになる。富山市の場合では、この超過負担は連年増加し、1972年には3941万円に達している。

また一方、超過負担については、保育所建設費についても多額に達する。建設費は、国が5割、県と市町村で2割5分づつの負担であるが、例えば1973年の富山市浜黒崎保育所の例では、国の建設費基本額は860万円であった。したがって国は430万円、県215万円、市215万円、各々負担した。

6—14表

保育所の徴収金基準額表（1975年）

各月初日の在籍措置児童の属する世帯の階層区分			徴収金基準額（月額）	
階 区	層 分	定 義	3歳未満児の場合	3歳以上児の場合
A		生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む）	0円	0円
B		A階層を除き前年度分の市町村民税非課税世帯	0	0
C ₁	A階層及び B階層を除 き前年分の 所得税非課 税世帯	前年度分の市町村民税のうちの均等割 のみの課税世帯（所得割非課税世帯）	2,450 (1,220)	2,050 (1,020)
C ₂		前年度分の市町村民税のうちの所得割 課税額が5,000円未満である世帯	3,450 (1,720)	3,000 (1,500)
C ₃		前年度分の市町村民税のうちの所得割 課税額が5,000円以上である世帯	4,050 (2,020)	3,600 (1,800)
D ₁	A階層及び B階層を除 き前年分の 所得税課税 世帯	前年度分の所得税課税額が 3,000円未満 である世帯	4,900 (2,450)	4,400 (2,200)
D ₂		前年度分の所得税課税額が 3,000円以 上30,000円未満である世帯	6,900	6,700
D ₃		前年度分の所得税課税額が30,000円以 上60,000円未満である世帯	8,850	8,550
D ₄		前年度分の所得税課税額が60,000円以 上90,000円未満である世帯	12,350	保育単価(ただし、 その額が12,000円 をこえるときは 12,000円とする)
D ₅		前年度分の所得税課税額が90,000円以 上120,000円未満である世帯	17,650	保育別価(ただし、 その額が17,200円 をこえるときは 17,200円とする)
D ₆		前年度分の所得税課税額が 120,000円 以上150,000円未満である世帯	保育単価 (ただし、 その額が30,000円 をこえるときは 30,000円とする)	保育単価(ただし、 その額が25,000円 をこえるときは 25,000円とする)
D ₇		前年度分の所得税課税額が 150,000円 以上である世帯	保育単価	保育単価

6—15表

保育所階層別措置状況（1974年）

階 層	A	B	C						D						計
			1	1 半額	2	2 半額	3	3 半額	1	2	3	4	5	6	
児 童 数	人 95	人 471	人 1,774	人 245	人 3,591	人 426	人 2,178	人 217	人 1,210	人 7,402	人 4,321	人 1,886	人 894	人 1,163	人 25,873
比 率	2.2		7.8		15.5		9.3		33.3		24.0		7.9		% 100

しかし実際の建設費は実に2242万5千円に上り、差引1382万5千円が超過負担となった。

保育単価と言い、建設基準額と言い、国の保育に対する低措置行政は、直接住民や児童に犠牲を強いるものとなっている。大阪府の摂津市では1972年に国を相手取って、訴訟を起すに至ったことは余りに有名である。

国の保育行政の一大転換が不可欠であると同時に富山県における国の厚生行政追随行政の転換こそ、まずわれわれ地域住民の最大の関心事とならざるを得ない。

第7章 むすびにかえて—福祉の要求と運動について—

福祉を展望し運動を推進しようとするとき、福祉六法に示される福祉対象者に対する権利性の欠如は、きわめて大きな壁になっている。もちろん福祉六法の各々の条項には最低限それだけは守らせ、また実施させていかななくてはならないという内容を多く包含しているが、厚生行政に示されるうしろ向き姿勢を改めさせるには、さらに一層徹底して法律そのものにおける権利性の明記と行政レベルにおけるその実現とを追究していく必要がある。

その最大の拠り所となり武器となるのは、やはり憲法25条であろう。その意味で国政レベルへ向けての運動は不可避となって来ざるを得ないのである。住民と自治体とはこの運動では共闘しなくてはならないはずである。この場合、運動のまず第一前提となる対象は、措置基準の大幅引き上げにおかれるし、同時に地方自治体、とくに県単独福祉事業の大幅拡大におかれるべきであろう。国の低措置基準行政こそ、福祉のあらゆる部面において、それこそ深刻な矛盾を惹き起している根本原因になっているからであり、また富山県のような大企業奉仕の行財政こそ、地域住民や生活弱者に最大の犠牲を強いているからである。

こうした低措置基準を改めさせ、また地方自治体の本来の仕事である住民の権利を拡充させるという方向へ転換させるために、最低限これだけは実現させなくてはならないという福祉の諸要求課題をわれわれの側で設定し、これを支柱とし基盤とすることによって運動をより拡大したものにしていかななくてはならない。そうした意義と課題をもつ福祉要求の諸項目を、これまでの各章を通して分析した結果から抽出してみると、大略以下ようになるであろう。

第一に、生活保護に関しては、保護率を低下させないように監視し、対象者を「適正化」という名の下に制限させないことである。同時に保護基準の50%引上げを実現させ、物価スライド制を是非とも導入させていくことが不可欠である。生活保護抑制政策を許しておくことは、老人・障害者・母子の諸世帯の生活にとって矛盾をさらに一層拡大させ深化させることになる。抑制政策を一大転換させることこそ、まず福祉諸要求の大前提となるべきであろう。

第二に、老人福祉に関してであるが、まず医療費の全額（保険制を前提としない）公費負担の拡充とその対象者拡大（県単で70才を60才へ引下げ）があげられる。同時に健診体制の保障と充実、とくに老人病に対する定期健診体制を確立させる必要がある。さらには入院基準看護料引上げ、付添料の公費負担は、深刻な現状からみて早急に解決されなければならないはずである。こうした老人の医療や健康問題と並んで年金の増額や就労の斡旋や保障等、県独自にも取り組んでいくべきであろう。また老人ホームへ「入所したくない」という老人意識がきわめて高い現状を反省して、老後を安心して送ることのできるホームに内容を改善させていく必要がある。さらには、ひとりぐらしの老人等を中心にして、さらに老人電話を増設する等、きめのこまかい配慮ある老人行政が要請される。

第三に、障害者(児)に対しては、まず予防的側面として障害の発生原因になるような社会的経済的構造を転換させること、同時に低保健行政の水準を高めること等が、とくに富山県にとっては

緊急課題のはずである。次に障害者（児）に対する制限的な手帳交付対象を拡大させ、また障害者（児）の住みやすく働きやすい街づくりを促進し、その運動には積極的に自治体が援助させるようにする必要がある。また障害者（児）の施設については、通園・通所の施設および収容施設を地域的にバランスをとって新增設させる必要があるし、障害児の不就学をなくすよう強力に働きかけていく必要がある。さらに失明者やろうあ者の更生施設は早急に新設されなければならない。また県内に現存する各施設を総合福祉体系の観点から相互関連性を再検討し、その欠点を補充させるために必要不可欠な新規の施設を増設させていく必要がある。また各施設にとって切実な問題となっている医療体制について、できるだけ地域社会と関連させて全科医療体制や救急・夜間・休日の診療体制を整備させるよう取組みを強化しなくてはならない。さらには、現在最も取り残されている重度者対策や就業機会の促進には行政に一層力点をおかせるよう働きかけていくべきであろう。

第四に、母子の福祉や保健については、まず貸付制度に関して期限の延長・償還猶予・免除の条件拡大等が必要である。と同時に働く母親が職場において権利を保障される監視体制を確立させる必要がある。また母子家庭の生活や子どもの発達保障をバックアップするという観点から母子寮の拡充や長時間保育および零才児保育等を行政に責任をもって実現させるよう要求していかなくてはならない。また母子の健康のために、全国でもきわめて低水準にある富山県の母子保健水準を高めさせていくことが緊急課題になっている。新生児や乳幼児、新産婦の死亡率は全国的にもきわめて高水準にあり、母子の健康維持のための保健体制改善を避けて通ることができない現状に富山県はあるからである。乳幼児医療費無料化と給付対象児の範囲拡大等、県単で積極的に推進させていく必要があろう。

第五に、児童福祉、とくに保育問題については、まず保育所の増設、保母の増員を通じて保育率を高めていくことは、すべての住民の共通した要望である。同時に保育単価の引上げによって公費負担を増額し、保育料引上げを抑制させていかなければならない。また長時間保育や零才児保育を拡大し、これには公費負担で援助させるようにする。また無認可保育所には県の補助を大幅に実施させるよう働きかけていく必要がある。こうした要求課題と併せて児童の生活環境を改善させ、公園遊園地を増設させていくべきであろう。

以上のような諸要求を設定し、運動を拡大していく必要があるが、この場合、大切なことは各福祉運動団体が要求に関して一致できる点で団結し、運動で統一して、より大きな輪を形成していかなくてはならないということである。また福祉運動をすすめていくにあたって、さらに一層その運動の輪を拡大し、量的にも質的にもより強力なものにしていく必要があるが、この場合、福祉実現のために労働組合や民主団体等との提携のあり方が問題になってくる。つまり、福祉運動における主体は、あくまで福祉団体自身であるという点である。逆に労働組合やその他の団体が運動主体になり、福祉団体やその中の各個人を「引きまわす」運動になってしまうては、運動そのものが育たないし、運動そのものを前進させることにはならないからである。そうではなくて福祉団体自身は労組や民主団体との団結と支援とによって、自主的に自らの要求の貫徹へ向けて運動を発展させていく必要がある。

そこで、こうした福祉要求を向けていくべき直接の対象は、やはり自治体にならざるを得ないで

あろう。福祉に関する事務の大半が国の機関委事務として地方自治体を通じて実施されているという現状にあるからである。そこで当面の目標としては次の4つの点が想定される。

第一は、根本的な問題として、地方の自治権と自主財源を拡充するよう自治体を動かし、自治体とともに国に働きかけていくことである。具体的には、国の機関委任事務を減少させ、国と地方の財源配分を民主化させることである。このことは独占奉仕を強制され、かつそれに迎合するような地方行財政のあり方を改めさせ、住民の福祉や生活・営業を重視させていく上で不可欠の課題であらう。福祉に対する低措置基準を改めさせる運動とも照応する。

第二は、住民参加の行政を促進させていくことである。たとえば福祉総合施設を建設しようとするとき、その計画段階で福祉団体やそこへ入所しようとする人々、またそこで働こうとする福祉労働者あるいは医師や建築家・福祉研究者等を多く参加させ、民主的討議を充分行えるよう行政に働きかけていく必要がある。単に役人的官僚発想による実情に合わない計画や建設内容にさせてはならないからである。県内にある各施設や現在進行しつつある総合福祉施設建設についても、その計画や内容にはきわめて非民主的で形式的な側面が多々みうけられるのである。

第三は、自治体行政の各部局、教育や厚生・労働・環境等の各部局は、福祉行政に関して相互関連する点がきわめて多く、部局ごとの壁やセクト主義を是非とも取除かせる必要がある。たとえば障害児に例をとると、教育や医療は療育一貫体系が不可欠であることが多く、さらに成長発達して社会に出ようとするとき雇用問題の厚い壁につきあたることが多くあり、この点で教育と治療・訓練そして就職問題の一貫した行政体系が要請されるのである。教育・医療・労働その他の総合的福祉行政が早急に樹立される必要があり、この点からも行政の現状に対する総点検が行われなければならない。

第四は、福祉労働者の待遇改善や定員増等が緊急を要していることである。行政上層部の一部には、福祉は「奉仕的なもの」「精神的なもの」と言ってはばからない者がいる。福祉労働は専ら「使命感」強調で糊塗され、福祉対象者には「感謝の念」が強調されてきたことは、最早や客観的にみて明らかである。腰痛を訴える施設労働者、ほとんど徹夜で頑張り通し、ついには身体をこわした労働者等、あとをたたない。自発的に使命感に燃えて頑張っている人々への待遇改善なくして、老人や障害者、児童の福祉向上も望み薄である。要求運動の最大力点のおかれるべきところであらう。

ところで、福祉運動は単に以上の要求運動だけにとどまらない。というのは、福祉要求の運動を最尖兵とした住民運動を通じて、これまで各地に多くの革新自治体が生まれ、またそうした運動基盤の上に立ってこそ革新自治体はまさに発展してきたという過去・現在の実績をみる必要がある。国政レベルにおいては、保守党によるロッキード疑獄に象徴される構造的腐敗の政治が進行しているにもかかわらず、直線的にはその腐敗政治が変革されるという点にまで結びつかない一つの根拠として、いわゆる「野党政権無能力」論の宣伝が一定の効を奏している面も重視すべきである。この「無能力」論を返上する重要な一つの手がかりとして、地方政治における多くの革新自治体の福祉を中心とした住民本位の民主的政治の実績を示すことがあげられよう。自民政権が革新自治体の福祉政策に最大の攻めきを加えてくる所以である。したがって福祉運動は単に請願や要求の運動

にとどまらず、いわばその運動を通じて革新自治体を誕生させ、さらにそれを基盤として国政の民主化運動を高めていく課題を担っている点を重視すべきであろう。このとき福祉運動は、まさしく広汎な住民運動として、また広く国民運動としての強力な性格をもち、質的にも高められた内容をもちはじめるであろう。それに対応して、福祉運動は要求の運動から政策立論へ、革新自治体運営の主体へ転化して、運動そのものが質的転化を遂げていくに違いない(1976年11月脱稿)。

(付 記)

小論の作成にあたっては、多くの文献・統計書その他を活用させていただいたが、ここではすべて断り書きは省略させていただいた。また小論のようなものでも、できあがるまでには諸方面の方々から有益な御教示をいただいたし、また直接・間接の協力をも賜わった。したがって多くの点で私個人の力を越えている。とは言え、小論の中での誤ちがあるとすれば、それはすべて筆者の責任であることは言うまでもない。紙上を借りて厚く感謝の意を表する次第である。